

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS**



**ADOPCION DEL ROL MATERNAL DE MADRES ADOLESCENTES Y SU
RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO
SEGÚN EL MODELO DE RAMONA MERCER**

XIMENA CAROLINA ENRIQUEZ GÓMEZ

TESIS

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrados de la
Facultad De Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el grado de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal**

Junio 2015



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

Licenciada: Ximena Carolina Enriquez Gómez

Carné Universitario No.: 201390325

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis **"Adopción del rol maternal de madres adolescentes y su relación con el estado nutricional del niño menor de un año según el modelo de Ramona Mercer"**

Que fue asesorado: Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Y revisado por: Licda. Rutilia Herrera Acajabón MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para junio 2015.

Guatemala, 01 de junio de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/decn



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 04 de mayo de 2015

Doctor:

Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestría y Especialidades

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título **"Adopción del rol maternal y su relación con el estado nutricional del niño menor de un año según el modelo de Ramona Mercer"** de la maestrante **Ximena Carolina Enríquez Gómez número de carné 201390325**, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Asesor de Tesis

Guatemala, 15 de mayo 2015

Doctor

Luis Alfredo Ruíz Cruz MSc

Coordinador General Maestrías y Especializaciones

Escuela de Estudios de Postgrado

Facultad de Ciencias de Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala.

Doctor Ruíz

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que REVISE el contenido del informe final de la tesis con el título "Adopción del rol maternal y su relación con el estado nutricional del niño menor de un año, según el modelo de Ramona Mercer". Elaborada por Ximena Carolina Enríquez Gómez con número de carné 201390325. El cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería materno neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente


Licda. Rutilia Herrera Acajón *Rutilia Herrera A.*
REVISORA LIC. EN ENFERMERIA
COLEGIADA EL-033

DEDICATORIA:

A las madres adolescentes: por su valentía.

Son los actos y actitudes las que hacen a una madre, no su edad.

(Autor desconocido)

AGRADECIMIENTOS

A Dios: eterna gratitud, alabado sea porque es bueno, porque para siempre es su misericordia.

A mis Padres: Miriam Emilia Gómez de Enríquez, por su ejemplo incansable de lucha y amor, por estar conmigo en las tristezas y celebrar mis triunfos, a José María Enríquez (Q.E.P.D.) Gracias porque ser como soy te lo debo a ti.

A mi Esposo: Walter Efren Saquim, gracias por su amor, amistad y sobre todo por cubrir mi puesto en nuestro hogar con esmero, cuando estuve ausente.

A mis Hijos: Laura Jimena y Marco Fernando quienes con su sonrisa, su silencio y su paciencia me hacen reflexionar en mi precipitada carrera, no hay día que no agradezca a Dios, que los pusiera en mi vida.

A mis Hermanos: Lilian Maricela, Carlos José e Irene del Rosario, gracias por su cariño, y los recuerdos bellos de nuestra niñez.

A mis catedráticas de la Maestría: Msc. Guadalupe Vin, Msc. Leticia Signor, Msc. Gloria Gómez, Msc. Mirna García, por guiar acertadamente los procesos de enseñanza aprendizaje.

A Msc. Mirna Leticia Signor: agradecimientos sinceros por su apoyo incondicional en la elaboración de la tesis, especialmente por compartir conmigo su dominio en las teorías de enfermería.

A mi Asesor de Tesis: Doctor Luis Ruiz: por su tiempo, esmero y apoyo incondicional en la asesoría del presente trabajo de investigación.

A las autoridades de la Escuela Nacional de Enfermería de Occidente: Msc. Mirna García Arango y Licda. Celeste Fuentes, por todo el apoyo recibido durante los años de mi formación en la maestría.

A mi amada Escuela Nacional de Enfermería de Occidente y a la Universidad de San Carlos de Guatemala: agradecimientos por ofrecer la oportunidad para el desarrollo de la enfermería.

ÍNDICE

RESUMEN

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	5
III.	OBJETIVOS	24
IV	MATERIAL Y MÉTODOS	25
V	RESULTADOS	33
VI	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	49
	6.1 Conclusiones	58
	6.2 Recomendaciones	60
	6.3 Proyecto	61
VII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
VIII	ANEXOS	77

RESUMEN

La adopción del rol maternal es uno de los fenómenos más bellos que experimenta la mujer, sin embargo sin el apoyo necesario de la pareja, de la familia, de los servicios de salud, no se logra con efectividad, lo que da como resultado la incompetencia en el cuidado del hijo. Por tanto, surge la idea describir el nivel de adopción del rol maternal y su relación con el estado nutricional del niño en el primer año de vida, basado en la teoría de enfermería de Ramona Mercer. Dicho estudio se llevó acabo con un grupo de madres control (madres con niños con estado nutricional adecuado) y un grupo de madres objetivo (madres con niños desnutridos) ambos grupos fueron de madres adolescentes, que asistieron al centro de salud de Quetzaltenango. La investigación fue correlacional, buscó establecer si existe una relación entre la adopción del rol materno y el estado nutricional del niño. Fue de corte retrospectivo-transversal, porque indagó en hechos del pasado (embarazo) y del presente (crianza del niño). Y porque se realizó en un solo momento, es decir en los meses de abril y mayo 2014. A través del estudio se confirmó la hipótesis a mayor adopción del rol maternal, mejor estado nutricional del niño, por lo que solamente 40% de las madres objetivos se encontraron en el nivel alto de adopción del rol maternal. La mayoría de ambos grupos de madres se clasificaron en nivel medio de adopción del rol maternal. El área del apoyo social, que en menor frecuencia recibieron las madres tanto del grupo control como el objetivo fue la referente al apoyo físico, es decir que recibieron poca ayuda directa.

SUMMARY

The adoption of the maternal role is one of the most beautiful phenomena experienced by women, but without the necessary support of the couple, family, health services, is not achieved effectively, which results in the incompetence in caring for the child. Therefore, the idea to describe the level of adoption of the maternal role and its relationship with nutritional status of children in the first year of life, based on nursing theory Ramona Mercer. This study was just a group of control mothers (mothers with children with adequate nutritional status) and a target group of mothers (mothers with malnourished children) were two groups of teenage mothers attending the health center in Quetzaltenango. The research was correlational, sought to establish whether there is a link between the adoption of the maternal role and nutritional status of children. It was-sectional retrospective, because it investigated in past events (pregnancy) and present (child-rearing). And because it was done at one time, ie in the months of April and May 2014. By studying the hypothesis to greater adoption of maternal role, better child nutritional status was confirmed, so that only 40% of mothers objectives found in the adoption of high maternal role. The majority of both groups of mothers were classified as average level of adoption of the maternal role. The area of social support, less frequently mothers received both the control group and the goal was that relating to the physical support, ie they received little direct help.

I. INTRODUCCION

El embarazo da inicio a una nueva etapa en la vida de la mujer; motivo de gozo o molestia que conlleva un fuerte desequilibrio emocional, lo que puede ocasionar afección en la relación de pareja y en la relación con el hijo desde el momento de su nacimiento.

Dentro del grupo de gestantes; las madres adolescentes, en la mayoría de los casos, el embarazo no suele ser planificado, lo que aumenta el riesgo de culminar en un alumbramiento no exitoso; teniendo dificultades para la adaptación al rol maternal.

Rubin (1984) introduce el concepto del rol materno, definiéndolo como un complejo proceso cognitivo y social que es aprendido recíproca e interactivamente cuyo fin es la unión madre - hijo así como la identificación de ésta con el rol maternal. De modo que logre verse en éste y sentirse cómoda con él, Mercer (2004) toma lo propuesto por Bronfrenbrenner y Rubin, desarrollando su enfoque de la maternidad, considerando la adopción del rol materno como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo.

Ante la alta incidencia de embarazos en adolescentes, surge el objetivo de identificar el nivel de adopción del rol maternal de este grupo.

En base a las consultas realizadas para la elaboración del Plan Departamental de Juventud de Quetzaltenango 2012-2015, los y las jóvenes se describen con características positivas como éstas: felices, divertidos, responsables, trabajadores y solidarios; pero también incluyen aspectos negativos: conformistas, con baja autoestima y antisociales. Entre los problemas que más les afectan a los y las jóvenes resaltan los siguientes: pobreza, falta de educación, uso de drogas y alcohol, violencias e involucramiento en maras y pandillas”¹

La información anterior, relacionada al municipio de Quetzaltenango, coloca a la población adolescente en situación de riesgo y por lo tanto disminuye las oportunidades, especialmente cuando se habla de salud sexual y reproductiva.

¹ UNION EUROPEA, Programa Juventud. Plan Departamental de Juventud de Quetzaltenango 2012-2015. Quetzaltenango, 2013 Pág. 17

El municipio de Quetzaltenango, al igual que todas las áreas del país presenta un perfil epidemiológico impresionante, especialmente cuando se aborda la salud materno-neonatal, relacionada con los estados nutricionales deficientes. Según el médico epidemiólogo del Hospital Nacional de Occidente, Quetzaltenango: “Por semana, en el Hospital Nacional de Occidente se registran cinco casos de embarazos de alto riesgo, en mujeres de 10 a 18 años”², lo cual indica que las adolescentes se están embarazando precozmente, lo que en determinado momento pone en riesgo también la salud del nuevo ser que está por nacer.

En cada ciclo de la vida, hay importantes cambios, etapas que han de afrontarse con madurez y responsabilidad, tal como la maternidad, sin embargo para las adolescentes es una experiencia aún más difícil, requiriendo ellas apoyo especial para que adopte el rol maternal.

La adopción del rol maternal, según la teórica Reva Rubin, es el proceso de información de identidad materna, relacionada con el proceso del desarrollo del vínculo emocional del niño. Ambos procesos son necesarios para la mujer a fin de desarrollar un sentimiento de capacidad en ser una madre para su hijo, para que exista esa adopción y la madre se vuelva competente en el cuidado de su hijo. Se requiere de apoyo social, el cual es “la cantidad de ayuda recibida de forma real, la satisfacción debida a dicha ayuda y las personas (red) que proporcionan dicha ayuda”.³

Cuando la madre adolescente no recibe el apoyo social necesario, seguramente no desarrollará las competencias y satisfacción para el cuidado de su hijo, lo que no permitirá que el mismo crezca sano de manera integral. Puesto que se requiere de apoyo social especialmente en el caso de madres adolescentes, para asegurar la alimentación durante el embarazo, el control prenatal completo y oportuno, lactancia materna exclusiva los primeros seis meses del bebé, introducción efectiva de la alimentación complementaria, control y monitoreo del niño en un servicio de salud, estimulación temprana, dentro de otros; que con estas intervenciones se espera erradicar la desnutrición crónica en las comunidades guatemaltecas, relacionada a embarazo en adolescentes.

² Gómez Emma. El Quezalteco. Embarazos Prematuros. Quetzaltenango, Guatemala Publicado el 9 de agosto 2012

³ Marriner Tomey, Ann. Modelos y Teorías en enfermería. Tercera Edición. Madrid, España. Pág. 395

Al centro de salud de Quetzaltenango asisten madres adolescentes cuyos hijos tienen desnutrición crónica y aguda. También asisten madres adolescentes con hijos sanos sin ningún tipo de desnutrición.

Toda esta gama de situaciones como lo son los embarazos en adolescentes, la desnutrición infantil, la dificultad para desarrollar el rol maternal que en determinado momento puede incidir en las adolescentes embarazadas y la importancia del apoyo social para desarrollar ese rol maternal, se convierten en puntos importantes de indagación.

“En el primer trimestre del año, se registran 145 casos de desnutrición en Quetzaltenango, de los cuales 17 son reportados en el Hospital Nacional de Occidente (HNO). Esta problemática persiste en el departamento. Según el Área de Salud, se han detectado 145 casos en niños, de ellos 102 son de desnutrición moderada y 43 severa. La principal causa de la desnutrición aguda, es que la alimentación de las mujeres embarazadas es muy escasa en nutrientes y afecta a los niños. Los municipios con mayor incidencia son Cajolá, San Juan Ostuncalco, Huitán y Cabricán”.⁴

El dato anterior enmarca la importancia de asegurar que las intervenciones de la estrategia de la Ventana de los 1000 días, que pretende erradicar la desnutrición desde el embarazo y los primeros dos años de vida del recién nacido puedan cumplirse a través del compromiso y la capacidad de las madres durante el embarazo y la crianza de su hijo. Sin embargo muchas de ellas son adolescentes sin preparación para el embarazo y para el cuidado de su hijo, por lo tanto cobra trascendencia la búsqueda de las limitantes que han tenido las madres adolescentes en cuanto al apoyo social, que ha dado como resultado una inadaptación al rol maternal y por lo tanto como consecuencia de no desarrollar la capacidad de cuidado tanto para ella durante el embarazo como para su hijo en los primeros dos años de vida, ahora tienen hijos con algún tipo de desnutrición; permitiendo la repetición del círculo vicioso de la desnutrición.

Con el presente estudio se logró identificar debilidades en las madres adolescentes que ameritan apoyo social para el mejoramiento de la calidad de vida de ellas y de sus hijos, lo cual permite asegurar de mejor manera el cumplimiento de las intervenciones de la Ventana de los 1000 días.

⁴ Gómez Emma, De León Leslie, Prensa Libre, Guatemala. Publicado el 4 de abril del 2013. Pág. 9

Los datos obtenidos en esta investigación, su análisis y su propuesta de cambio, representaron logros a mediano y largo plazo, partiendo de una necesidad latente y real como lo es la desnutrición, puesto que "el crecimiento tanto dentro del útero como en el período posnatal se asocia con las capacidades cognitivas y el rendimiento escolar en el futuro, aunque más tarde reciban suplementación. Quienes carecieron del aporte indispensable de hierro no llegan a ponerse al nivel de quienes recibieron una nutrición adecuada en los primeros años. Los primeros mil días de cada ser son fundamentales porque determinarán su desarrollo mental, físico y emocional.

La investigación contempló el modelo de enfermería del Rol Maternal, los datos obtenidos permitieron comprender, describir, explicar y predecir la experiencia del cuidado de Enfermería Materno Neonatal desde la perspectiva de un cuidado complejo como lo es la madre adolescente y su hijo. Debido a que "los modelos de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica. Los modelos conceptuales son una base del ejercicio de la Enfermería y contienen en sí mismos los postulados y valores que forman los cimientos teóricos en que se apoya el concepto de los cuidados. Estos postulados constituyen el cómo y el porqué de la profesión de Enfermería"⁵

Por tanto, el presente estudio engloba la experiencia de la adquisición del rol maternal adolescente y su relación con el estado nutricional del hijo.

⁵ Cisneros, G. Fanny. Universidad del CUACA, Programa de Enfermería, Fundamentos de enfermería, Teorías y Modelos de Enfermería. Popayán, Colombia. Febrero, 2005 Pág. 3

II ANTECEDENTES

Guatemala al igual que varios países en desarrollo enfrenta seriamente el flagelo de la desnutrición infantil, el cual ha marcado la vida de muchas familias a nivel nacional, y representa retraso para el desarrollo humano de las comunidades. “En el informe Estado mundial de la infancia 2013, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), ubica a Guatemala en la posición 74, es decir el país con la tasa más alta de mortalidad de menores de cinco años en la región, reportando una tasa de 30 muertes por cada mil nacidos vivos”.⁶ La mortalidad infantil en Guatemala aún está ligada a las enfermedades inmunoprevenibles, y ahora se agrava con los crónicos degenerativas, como lo es la desnutrición.

Una experta, oficial en nutrición de Unicef en Guatemala refirió que: “los niños que durante los primeros años de vida no han sido nutridos de forma correcta, sufren retrasos irreversibles, tanto en su crecimiento físico como en el intelectual. Afirma que en Guatemala el 48% de los niños son desnutridos crónicos; aunque la pobreza es una de las causas de este fenómeno, no es la única ni la más determinante, ya que según las investigaciones realizadas en el país, la desnutrición también afecta a niños de familias de estratos acomodados, relacionados a la cultura, la educación y los hábitos alimenticios.”⁷

El gobierno de turno en su afán por reducir los índices de morbilidad e incluso mortalidad por desnutrición infantil, ha implementado estrategias que han sido de éxito en otros países, tal es el caso de La Ventana de los Mil Días “que busca reducir el índice de desnutrición en Guatemala, implementará prácticas efectivas con base en experiencias de especialistas de México y Bangladesh; en un periodo de 15 años, México logró reducir el 30 por ciento de desnutrición crónica en el quintil más pobre, a través del programa de transferencias monetarias condicionadas, que contemplaba la prestación y promoción de servicios de salud en los estratos más necesitados. Mientras que Bangladesh logró en dos décadas reducir del 63 al 43 por ciento la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años,

⁶ Valdez, Sandra. Prensa Libre.com. País Tiene Tasa más alta de mortalidad infantil. Artículo publicado: 30 de mayo 2013.

⁷ AGENCIA ACAN-EFE. Prensa Libre.com. Unicef: Desnutrición Afecta Desarrollo de Niños Guatemaltecos. Artículo publicado: 15 de abril del 2013.

a pesar de la debilidad institucional y el elevado índice de pobreza⁸. En base a esa experiencia, el gobierno trabaja de forma multisectorial, priorizando municipios con altos grados de desnutrición, apostando por mejorar la situación de desnutrición, empezado desde la prevención de la misma antes y durante el embarazo, para la obtención de un producto del embarazo, sano y de buen peso al nacer.

Para que los resultados esperados sean efectivos, no se ha de olvidar que la madre del niño por venir juega un papel, importante, para revertir la desnutrición infantil, sin embargo muchas de ellas, no están ni siquiera preparadas para un embarazo, el cual resulta precoz, y obstaculiza su vida, sus sueños, porque simplemente no fue planificado.

Para que las intervenciones de la ventana de los mil días se cumpla, se requiere que la madre esté comprometida con la crianza del niño, se alimente adecuadamente, reciba micronutrientes durante la etapa preconcepcional y durante el embarazo se alimente apropiadamente y viva una experiencia gestacional agradable, rodeada de apoyo familiar. Este ideal, es poco probable para la mayoría de mujeres en Guatemala, y en el caso de las adolescentes que se embarazan lo es aún menos, porque la adolescente debe madurar en cuanto a su personalidad, así como su formación anatomofisiológica.

“Uno de cada cinco niños que nacen en Guatemala son de madres adolescentes; durante los primeros siete meses de 2013 se registraron más de 34 mil embarazos en jóvenes de entre 15 y 19 años. De acuerdo con las estadísticas en el 2009 Guatemala registró 41,529 casos, en el 2010 subió a 45,048 en el 2011 a 49,231 y en el 2012 a 59,000 según la representante del gabinete de la juventud”.⁹

Las cifras anteriores denotan la situación real de Guatemala, misma a la cual los servicios de salud deben hacer frente e implementar estrategias eficaces que reduzcan la morbimortalidad de los grupos vulnerables como el materno-neonatal. Pero como se mencionó con anterioridad, las intervenciones de la Ventana de los 1000 días, no podrán ser efectivas si no existe el empoderamiento de la madre en su rol, de la crianza de un niño sano. Para tal fin “la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo. Cuando la

⁸ SECRETARIA DE COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA PRESIDENCIA, Ventana de los Mil Días: Apuesta por un mundo mejor. Guatemala. Consultada el 28 de octubre 2013.

⁹ Prensa Libre. Guatemala registra alarmante cifra de niñas y adolescentes Embarazadas. Guatemala. Publicado el 26 de septiembre 2013.

madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel.”¹⁰

La adopción del rol maternal, fue ampliamente investigada por la Teorista Ramona Mercer, para fortalecer y sustentar la teoría, ha empleado hallazgos de otros investigadores, “se ha inclinado no solo por la maternidad tradicional; sino se dirigió hacia adolescentes, madres añosas, madres enfermas y madres con niños portadores de defectos, familias que experimentan estrés anteparto, padres de alto riesgo; la teorista Rubin se centró en la adopción del rol maternal desde el punto de vista de la aceptación del embarazo y del primer mes después del parto, en cambio Mercer, amplió este periodo hasta 12 meses después del parto”¹¹

Mercer consideró a las madres adolescentes, como de riesgo, por la etapa que viven aún, misma que se considera no apta para proporcionar cuidados de calidad hacia el recién nacido, puesto que la adolescencia tal como lo menciona y establece la Organización Mundial de la Salud, es considerada como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica. Por lo tanto se encuentra aun estableciendo su personalidad, lo cual dificulta la adopción del rol maternal en el caso de un embarazo en esta etapa; esto significa que requiere de un sustento basado en el apoyo social.

En el 2007 En Lima, Perú, Verastegui Alva, realizó el estudio cualitativo, con abordaje de acción-participación, titulado: adaptación de una madre soltera en su rol maternal, utilizando el Proceso de Atención de Enfermería el cual se sustentó en la teoría de la adopción del rol maternal de Ramona Mercer, quien seleccionó variables maternas como la edad, estrés social, apoyo social y el autoconcepto. “Mercer afirma la adopción del rol maternal como un proceso en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta gratificación y placer dentro del mismo”.¹² Para realizar el estudio fue necesario utilizar la observación, la entrevista y el

¹⁰ Alvarado, Laura. Et. Al., Adopción del Rol Maternal De La Teorista Ramona Mercer Al Cuidado De Enfermería Binomio Madre-hijo: Reporte de caso en la unidad Materno Infantil. Revista de Investigación – Programa de Enfermería. Universidad de Santander. Bucaramanga. Colombia. 2011 Pág. 195
revistaenenfermeria@udes.edu.com

¹¹ MarrinerTomey, Ann. Modelos y Teorías en enfermería. Tercera Edición. Madrid, España. Pág. 394

¹² Verástegui Alva, Sandra Gasdaly. Adaptación de una madre soltera a su nuevo rol maternal. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Lima Perú. 2 de Noviembre 2007 Pág. 2

examen físico. Con respecto a la valoración los datos más significativos fueron tristeza gestacional, malas técnicas de higiene bucal; por medio de la entrevista la gestante refirió: “Sentirse muy triste porque al comprometerme imaginé que formaría una bonita familia, pero me equivoqué.”

El estudio anterior, denota que sin el apoyo social, las madres en riesgo, en este caso, solteras, les es difícil adoptar el rol maternal que les corresponde, porque el hecho de no contar con una pareja, dificulta la habilidad para desarrollar sus competencias como madre, agravado por la tristeza gestacional, que otras madres con apoyo social no experimentan.

Mercer considera que para la adopción del rol maternal, el apoyo social es un aspecto elemental. A nivel nacional, departamental y local no se encontraron estudios que indaguen sobre el apoyo social que recibieron las madres adolescentes que tienen hijos con estado nutricional aceptable para desarrollar su rol maternal, comparado con aquellas que no recibieron apoyo social.

Teniendo claro que la desnutrición infantil es posible erradicarla a través del correcto cuidado de la madre hacia su hijo, desde el período pre-concepcional, concepcional y hasta que el niño cumpla por lo menos los dos años de vida, nace la inquietud de efectuar el presente estudio con las mujeres que experimentaron un embarazo en la adolescencia, quienes en determinado momento recibieron o no el apoyo social de parte de su familia y que ahora las ha llevado a tener un hijo sano, nutricionalmente o por el contrario, un niño con desnutrición.

Situación por la cual, se eligió el municipio de Quetzaltenango, aunque el mismo se encuentra priorizado como departamento por otros municipios como: Huitán, Cabricán, Cajolá, Almolonga: el municipio de Quetzaltenango, también presenta casos de desnutrición infantil, cuyas madres son o fueron adolescentes al momento de procrear a sus hijos.

1. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

“El embarazo adolescente tiene implicaciones a nivel psicológico, familiar y social, y como consecuencia la pérdida de oportunidades educativas y laborales, madre-solterismo, matrimonio precoz, pérdida o aplazamiento de metas, baja autoestima, aislamiento, mayor riesgo de enfermedades, aborto y a las grandes

responsabilidades a temprana edad además se presentan riesgos perinatales como es el bajo peso al nacer mortalidad y morbilidad infantil”¹³.

La primera reacción es la negación. Se niegan a admitir el problema. La mayoría no desea tener al bebé y la nueva situación se convierte en un problema difícil de aceptar. Cualquier cosa que decidan hacer sobre su embarazo tiene sentimientos conflictivos.

Normalmente hay un rechazo total hacia el niño. Son muy frecuentes los sentimientos de culpabilidad, pérdida de autoestima, anorexia, tristeza y depresión. La anorexia puede afectar su estado gestacional y al producto del embarazo. Sin embargo puede ocurrir que sea un embarazo buscado, es el caso de adolescentes que desean salir del entorno familiar, o que desean tener al bebé para poseer a alguien a quien querer, en tal caso el único problema consciente al que se enfrentan es el de comunicárselo a sus familias.

“El embarazo y el parto de una adolescente son de alto riesgo. La probabilidad de que surjan complicaciones es mayor cuanto menor es la edad de la embarazada. También es mayor si existe una deficiente nutrición que, con frecuencia, es escasa en vitaminas y minerales que afectan tanto a la madre como al niño. El bajo peso del niño y el parto prematuro son mayores en los partos de las adolescentes debido a la inmadurez hormonal de la adolescente y a que el útero no ha completado su desarrollo”¹⁴.

Una vez que nace el niño, la vida de la adolescente cambia totalmente, el recién nacido requiere muchas atenciones básicas, por lo que la joven madre tendrá que asumir la responsabilidad y adquirir capacidades para la crianza. Si la madre adolescente ha iniciado la adopción del rol maternal desde que se enteró de su embarazo, probablemente continuará con el mismo, sin embargo ahora que el niño ha nacido, inician nuevas experiencias como es la crianza, la cual requiere de bastante enseñanza de parte de un adulto con dicha experiencia, pero no se trata de cuidarle o criarle al niño, sino más bien de enseñarle a que lo haga y asegurarse de que aprenda correctamente.

¹³ Verástegui Alva, Sandra Gasdaly. Adaptación de una madre soltera a su nuevo rol maternal. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Lima Perú. 2 de Noviembre 2007 Pág. 103

¹⁴ IBID Pág. 103

Dentro de las principales complicaciones obstétricas que puede presentar la adolescente embarazada según López Natareno en su estudio titulado: Embarazo en la adolescencia y sus complicaciones maternas y neonatales, realizado en el Hospital de la Antigua, Guatemala, las complicaciones más comunes son las siguientes: “trastornos hipertensivos, ruptura prematura de membranas ovulares, relacionado a infecciones, parto pretérmino, desproporción feto pélvica, complicaciones fetales tales como: retardo del crecimiento intrauterino, asfixia perinatal, anomalías congénitas, traumatismos, sufrimiento fetal agudo, trabajo de parto prolongado, caput-sucedanium.”¹⁵

Por lo regular si la madre adolescente no recibe apoyo social para la adopción del rol maternal muy seguramente obtendrá un niño de bajo peso, con grandes probabilidades de desarrollar desnutrición. Cuando un niño nace con bajo peso es probable que se desnutra; la clasificación de desnutrición contempla: desnutrición crónica, aguda moderada y aguda grave o severa.

2. PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

Según la Organización Mundial para la salud, la desnutrición es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico. En algunas ocasiones la desnutrición es resultado del círculo vicioso de la desnutrición, especialmente porque la gestante no tenía un estado nutricional adecuado, previo al embarazo, obtuvo una alimentación deficiente durante el embarazo y seguramente no proporcionó cuidados alimenticios a su hijo, dentro de estos: la lactancia materna exclusiva, la alimentación complementaria adecuada, introducción correcta de micronutrientes, etc.

Para que un niño no presente desnutrición, la gestante debe cumplir con su autocuidado desde antes que se embarace, durante la etapa gestacional y cuidar al niño por lo menos hasta los dos años de vida, especialmente en el aspecto nutritivo. Actualmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social hace énfasis en la Estrategia de la Ventana de los 1000 días, período que inicia con el embarazo y termina en el segundo año de vida. Incluyen los 270 días del embarazo, más los 365 días del primer año de vida más los 365 días del segundo año de vida.

¹⁵ Akzel Pantaleón, López Natareno. Embarazo en la adolescencia y sus complicaciones maternas y neonatales, Tesis de Medicina. Universidad De San Carlos de Guatemala, 1997. Pág. 9-12

Las intervenciones de esta estrategia deben ser aplicadas a cualquier madre gestante independientemente de la edad cronológica, sin embargo, las adolescentes embarazadas, requieren de orientación y apoyo más que una gestante de edad madura, puesto que como se describió con anterioridad la adolescente tiene doble rol; el de adolescente y el de futura madre, dos aspectos relativamente complejos. Existen acciones para prevenir la desnutrición infantil.

2.1 Apoyar a la adolescente embarazada a cuidarse durante el embarazo:

- Apoyar a la madre a tener una alimentación adecuada durante el embarazo. Según la literatura, la alimentación de la mujer embarazada se puede ver afectada especialmente los primeros tres meses, por las molestias comunes de este período, por lo que se requiere que la misma cuente con el apoyo necesario de su familia y la experiencia de embarazos previos, si los hay, para mejorar la alimentación a través de buenos hábitos alimenticios. En el caso de las adolescentes embarazadas, este proceso es aún más complejo, por lo que se requiere de comprensión, orientación y apoyo de parte del círculo familiar. Especialmente cuando el embarazo no es aceptado y temen a la alteración de su figura. Según Meneses, las adolescentes embarazadas frecuentemente tienen malos hábitos alimenticios, descuidan sus dosis diarias de multivitamínicos, fuman, consumen drogas y beben licor, con lo cual aumenta considerablemente los riesgos de afectarse la salud de sus hijos y la de ellas.
- Controles Prenatales: Los controles prenatales oportunos, completos y correctos son de gran ayuda para detectar posibles problemas en el feto y en la madre antes del parto. En el caso de las adolescentes gestantes, debido a que la mayoría desconoce que se encuentra en estado gestacional o prefieren ocultarlo por mucho tiempo, por lo tanto la asistencia al control prenatal es tardía, las adolescentes conforman el grupo en el que hay menos probabilidades que reciban atención médica.
- Administración de Ácido Fólico para la embarazada: si la mujer tiene suficiente ácido fólico en el cuerpo antes de quedar embarazada, esta vitamina puede prevenir deformaciones en la placenta. Las probabilidades que una

adolescente haya tomado ácido fólico previo al embarazo es nulo. El ácido fólico previene deformidades en el niño: “defectos de nacimiento en el cerebro (anencefalia) y la columna vertebral (espina bífida). Si el feto sufre déficit de ácido fólico durante la gestación también puede padecer anemia megaloblástica, ser prematuro o presentar bajo peso al nacer. La madre puede sufrir eclampsia”.¹⁶

- Administración de Hierro para la embarazada: el hierro previene y cura la anemia en la madre. El Ministerio de salud pública y asistencia social, ha normado la administración de este componente tan importante para el feto y la embarazada, incluso después del parto.

2.2 Apoyar a la adolescente a que proporcione Lactancia Materna exclusiva: en ocasiones es muy difícil que se cumpla con esta intervención, por la introducción errónea de otros líquidos y leche artificial. Muchas madres han reportado dificultad para brindar lactancia materna exclusiva por muchas razones e incluso algunas optan por abandonarla, ahora bien en el caso de las madres adolescentes es aún más compleja esta situación, puesto que requiere de mucha aceptación, voluntad y colaboración de la madre.

2.3 Apoyar a la adolescente en el inicio de la Alimentación complementaria de su hijo: “Está ampliamente reconocido que el período comprendido entre el nacimiento y los dos años de edad es el período crítico para el fomento de un crecimiento, salud y desarrollo óptimos. Las cantidades insuficientes y una calidad inadecuada de los alimentos complementarios, una prácticas de alimentación infantil deficientes y las elevadas tasas de infecciones ejercen un efecto perjudicial en la salud y el crecimiento en estos años importantes”.¹⁷ Esta práctica es compleja, porque requiere de conocimiento, paciencia, recursos y afecto hacia el niño, para que la misma sea exitosa. En el caso de las madres adolescentes requieren de mucha orientación porque es una experiencia extremadamente nueva y/o desconocida.

2.4 Apoyar a la madre adolescente para que le proporcione a su hijo micronutrientes y desparasitantes.

¹⁶ Enciclopedia Libre, Wikipedia. Ácido Fólico. Consultada: 11 de enero 2013

¹⁷ UNICEF. Alimentos y alimentación complementaria. Consultada: 11 de enero 2013.

- 2.5 Apoyar a la madre adolescente a proporcionar cuidados higiénicos a su hijo: Dentro de estos se encuentran enseñarle a bañar al niño, cambio de ropa, cambio de pañal, limpieza del muñón del cordón, cuidados de la piel y anexos. Esto con el fin de minimizar los períodos de enfermedad en el niño, puesto que un niño que no se enferma con frecuencia crece mejor.
- 2.6 Apoyar a la madre adolescente a proporcionarle estimulación temprana a su hijo: esta técnica es muy importante como intervención para que el niño crezca con una estimulación correcta y adecuada.
- 2.7 Apoyar a la madre adolescente a realizar prácticas relacionadas con la prevención de enfermedades y cuidados apropiados para su hijo en el hogar.

3. TEORIA DEL ROL MATERNAL SEGÚN RAMONA MERCER

“En los últimos años, el conocimiento sobre la desnutrición, sus causas y sus consecuencias ha mejorado mucho. En la actualidad está identificado el período fundamental para prevenir la desnutrición: el embarazo y los dos primeros años de vida del niño. Es lo que se conoce como los 1000 días críticos para la vida. En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de atención adecuada afectará a la salud y el desarrollo intelectual del niño.”¹⁸ Esta situación expone la importancia de desarrollar el rol maternal, para poseer la competencia de cuidado e identificación con ella misma como madre y con su hijo; porque todas las intervenciones anteriores es probable que no las ejecute si no ha adoptado el rol maternal.

La motivación para la investigación y el desarrollo de la teoría de la adopción del rol maternal proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora, Reva Rubín, en la universidad de Pittsburgh, también utilizó las teorías de rol y desarrollo, utilizó un planteamiento interactivo con respecto al modelo teórico propuesto por Ramona T. Mercer, “es una teoría de rango medio que tiene su aplicación en el cuidado de enfermería para la adopción del rol materno desde la gestación hasta el primer año de vida del hijo, así mismo tiene utilidad en la investigación y en la formación de los

¹⁸ UNICEF. LA DESNUTRICION INFANTIL, Causas, Consecuencias y Estrategias para su prevención y tratamiento. Noviembre 2011. Madrid, España. Pág. 5

profesionales de enfermería, proveyendo una guía teórica que enriquece la disciplina de enfermería, impulsando la identidad y autonomía profesional en el área materno infantil”¹⁹.

Mercer (1980), expresa que la adopción del rol maternal, es un **proceso interactivo y evolutivo** que tiene lugar a lo largo de un cierto período de tiempo y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencia en la realización de los **cuidados relacionados con su rol y expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo**. Por lo tanto, el estado personal de las madres es un factor muy importante porque la misma experimenta sentimientos de armonía, confianza y competencia en la forma en que desempeña su rol constituye el punto final de la adopción del rol maternal, la identidad como madre. “El cuidado de enfermería debe contribuir identificando junto con la gestante situaciones que dificultan y/o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear acciones que favorezcan alcanzar en forma exitosa la adopción del rol materno”.²⁰

Otro de los conceptos importantes para la teoría es la gratificación-satisfacción: interpretando estos aspectos como la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad. Sin embargo consideró que existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre, difíciles de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración; a todo esto ella lo llamó temperamento del niño. Aspecto importante en el cuidado de la adolescente a su hijo, puesto que muchas veces por la inexperiencia de la madre, se le dificultará comprender los mensajes que envía el niño. Tanto el temperamento como el estado de la salud del niño son elementales, porque cuando el niño presenta patología, puede producir la separación con su madre, lo que interfiere en la vinculación.

Un elemento muy importante para la adopción del rol maternal según la teorista, es la familia, la cual la considera como un sistema dinámico que incluye subsistemas, individuales y de pareja, que se incluyen dentro del sistema global de la familia. Así mismo indica que el padre o compañero; en este caso de la madre adolescente juega un

¹⁹ Bee Alberta M. citada por: Zambrano Plata, Gloria Esperanza. Fundamentos Teóricos y Prácticos Del Cuidado de la salud Materno Perinatal Durante la Etapa Gestacional. Universidad Francisco de Paula, Santander, Colombia, Pág. 44

²⁰ IBID Pág. 44

papel muy importante para favorecer la adopción del rol maternal, de tal manera que ninguna otra persona lo puede sustituir, porque las interacciones de éste ayudan a diluir las tensiones.

Al igual que otras teoristas, Mercer también define los conceptos importantes dentro de la teoría que sustenta: siendo para ella el estado de salud la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia, susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol enfermo. El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles. El entorno lo describe teniendo en cuenta la cultural del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.

La “adopción” en relación al rol materno, Kimelman (2003) expone que el instinto maternal no es inherente a la condición de la mujer y por lo tanto, el instinto maternal no existe como tal, pues a pesar de estar determinado por la presencia de un gen, necesita de ciertas experiencias sociales relacionadas con la maternidad, como por ejemplo, tener un embarazo placentero, contar con el apoyo de la familia y el padre del bebé, haber deseado tener un hijo y vivir en el parto algún tipo de apego con el recién nacido para que lo maternal aflore²¹. Por lo que Mercer indica que existen cuatro estadios en la adopción del rol maternal.

3.1 Estadios en la adopción del rol maternal

- Anticipación: empieza en la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea con él, establece una relación con el feto y se inicia la adopción del rol.
- Formal: empieza cuando nace el niño e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas del rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.

²¹ Garrido Hidalgo, María del Carmen y Marchán Coronado, Marleny. Adopción del rol maternal en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia. Universidad César Vallejo, Trujillo, Lima Perú. 2011, Pág. 15

- Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social, basándose en las experiencias pasadas y objetivos futuros la mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida.
- Personal: la mujer interioriza el rol, la madre experimenta un sentimiento de confianza armonía y competencia de modo que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal".²² Según Mercer, el compañero del rol de la madre, su hijo reflejará la competencia de la madre con respecto a su rol, por medio del crecimiento y desarrollo; es decir que el niño es un compañero activo en el proceso de adopción del rol maternal.

La adopción del rol maternal se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, el mesosistema y el macrosistema. El microsistema es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. La familia se considera como un sistema semicerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre (pareja) en la adopción del rol, ya que este ayuda a difuminar la tensión en la dualidad madre-niño, la adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño.

El mesosistema incluye, interactúa y agrupa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema influyen en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño; en este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad.

El macrosistema se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. El macrosistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respecto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno. Incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de

²²Marriner T. Raile M. Adopción del rol maternal. Convertirse en madre, modelos y teorías en enfermería. Sexta Edición Madrid España, 2006, Pág. 616

la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el microsistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal.

4. APOYO SOCIAL

Según la teoría existen varios factores que influyen en el microsistema en la adopción del rol maternal, por lo que con fines de estudio, se explicará el factor del apoyo social, por ser parte elemental del estudio. “La definición de apoyo social se refiere a la cantidad de ayuda recibida de forma real, la satisfacción debida a dicha ayuda y las personas (red) que proporcionan dicha ayuda.”²³

El concepto de apoyo social se inició a mediados de los años setenta con la publicación de artículos de Caplan (1974), Cassel (1976), y Cobb (1976) describieron los efectos nocivos del aislamiento social o de una pobre integración social en los resultados sobre la salud. Cobb definió el apoyo social como la “información que conduce al sujeto a creer que es querido, amado y estimado; que es miembro de una red de obligaciones mutuas. En 1982 Thoits definió que el apoyo social es como el grado en que las necesidades básicas de una persona son satisfechas a través de la interacción con otros en donde, las necesidades básicas incluyen el afecto, la estima o consentimiento, pertenencia, la identidad y la seguridad²⁴”.

Terol M. Carol, y colaboradores en su artículo titulado: Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación, en el año 2004, indican que el apoyo social es un constructo multidimensional con diferentes aspectos estructurales y funcionales, por lo que aclara que en la literatura aparece una gran variedad de instrumentos que intentan evaluar este constructo. Todos han sido diseñados para determinadas poblaciones con características específicas. “Kahn (1979) define apoyo social como” transacciones interpersonales que incluyen uno o varios de los siguientes: expresión de afecto positivo de una persona hacia otra, la afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, percepciones o puntos de vista expresados y la

²³ Marriner Tomey, Ann. Modelos y Teorías en enfermería. Op cit., Pág. 395

²⁴ Gonzáles Molina, Julio. Manos a la salud, Centro Interamericano de estudios de seguridad social. OPS. Capítulo XII, redes sociales, apoyo y salud. Cali, Colombia, 1998. Pág. 168

entrega de ayuda material o simbólica a otra, la anterior definición tiene como elementos clave: el afecto, la afirmación y la ayuda.²⁵”

Así mismo citan a House y Khan (1985), quienes a su vez, proponen algunas recomendaciones en cuanto a variables y aspectos a considerar a la hora de evaluar el apoyo social:

- Siempre que sea posible se deben medir al menos dos, y preferiblemente tres, de los aspectos implicados en el constructo (existencia y cantidad de relaciones, aspectos de estructura de la red, y contenido y calidad de esas relaciones).
- El número de personas o relaciones a evaluar debe limitarse (entre 5-10 personas), porque no se han constatado asociaciones de un mayor número de relaciones sociales o miembros con resultados sobre la salud.
- Se debe evaluar la cantidad y calidad del apoyo, es decir, no solo cuántas personas proveen de apoyo, sino también cuánto apoyo proveen y en qué medida es adecuado.
- Respecto de los tipos de apoyo, el apoyo emocional es el que presenta mayor número de relaciones con índices de salud, directos o indirectos. Por ello, debe evaluarse preferentemente el emocional, y en segundo lugar, el resto.
- Se debe permitir que quien nos informa del apoyo mencione determinadas personas cercanas, y añadir el rol o los roles que éstas desempeñan y sean cruciales para un estudio en particular.

Para poder recibir apoyo social, se ha de contar con una red social, Deanla define como “un grupo de relaciones en las que el individuo está envuelto, Hall y Wellman (1985) la

²⁵ Muñoz De Rodríguez, Lucy. El Apoyo social y el cuidado de la salud humana. Cuidado y Práctica de Enfermería, Bogotá, Colombia, 2006. Pág. 99

definen como la estructura a manera de telaraña que comprende las relaciones de un individuo, a las redes sociales se le reconocen varias propiedades:²⁶

4.1 Propiedades de las redes sociales

- Tamaño: el número de personas con su parentesco que están disponibles y reconocidas por las personas que lo necesitan
- Densidad: son las líneas de comunicación entre los integrantes de la red, implica coherencia, conocimiento
- Rango: se refiere a la frecuencia de contactos, tipo de contactos es decir los contactos pueden o no compartir valores y creencias comunes, lo cual facilitará o dificultará el apoyo.
- Accesibilidad: es la facilidad con que una persona que necesita el apoyo puede utilizar y contactar otra persona importante para este apoyo.

4.2 Fuentes de Apoyo social

“Las fuentes de apoyo pueden ser: miembros de la familia (padres, abuelos) esposo, compañero, amigos, vecinos, profesionales, religiosos”²⁷:

- Esposo o Compañero: “Cada vez es más frecuente que la madre permanezca soltera, a diferencia del pasado, cuando la mayoría de los embarazos adolescentes conducía a unión o matrimonio voluntario o forzado. Según Smith-Battle, afirma que la mayoría de las madres adolescentes tiene matrimonios menos estables que aquellas que posponen la maternidad para más adelante”²⁸. Tal como lo establece la teórica Ramona Mercer, el padre o compañero es la persona ideal para facilitar el proceso de adopción del rol maternal, e indica que ninguna otra persona puede hacerlo, puesto que las interacciones con el ayudan a diluir las tensiones.

“Troutman y Cutrona (1990) encontraron que los síntomas depresivos en madres adolescentes, continuaron hasta 6 semanas después del parto si no hay una intervención adecuada; señalaron que las adolescentes perciben menos apoyo de su

²⁶ Muñoz de Rodríguez Lucy. El apoyo social y el cuidado de la salud humana. Universidad Nacional de Colombiana, Grupo de Cuidado. Colombia, 2010, Muñoz de Rodríguez Lucy. Pág. 101

²⁷ Ibíd. Pág. 100

²⁸ Salazar, Andrés. Et. Al., Embarazo y Maternidad Adolescente en Bogotá y Municipios aledaños. Bogotá Colombia, 3 de septiembre 2007

pareja que de su familia de origen (Molina et al, 1997), aun cuando reportan necesitarlo. Barnett et al. (1996), puntualizaron que la falta de apoyo social aumenta las probabilidades de que aparezcan síntomas depresivos”²⁹.

“Mercer y colaboradores (1983-84) estudiaron 294 mujeres primíparas de tres grupos distintos de edades acerca de la percepción del nacimiento del bebé y el rol materno, y encontraron que la percepción del nacimiento del bebé está altamente relacionado con el soporte o apoyo emocional por parte del compañero y con la temprana interacción con el recién nacido”³⁰.

- Padres y abuelos: Con relación a la estructura familiar, Smith-Battle dice que la mayoría de madres adolescentes reside con sus padres después del nacimiento. También que la adopción de un nuevo miembro en la familia es un proceso que se vive de manera diferente en cada una: mientras algunos abuelos adoptan de manera informal al niño de la adolescente y asumen todo el cuidado del bebé y apoyan a la nueva madre, hay otros casos donde los abuelos proporcionan poco cuidado al niño, reflejando y perpetuando el resentimiento familiar. Con lo descrito anteriormente se observa que en los hogares se encuentran más de dos generaciones agrupadas, en ciertos casos facilitando el desarrollo de la madre adolescente y en otros haciendo esta labor más difícil.
- Amigos, vecinos, religiosos: “la función básica de las redes de apoyo no familiares consisten en las acciones de solidaridad que facilitan el cuidado y la crianza de los hijos y compensan deficiencias tales como la ausencia de los padres, las limitaciones económicas, etc. Estas redes están constituidas por amigos, vecinos, además de las iglesias y las agencias sociales de los servicios privados y públicos”³¹.
- Profesionales o personal del servicio de salud: debe aprovechar la atención de la adolescente durante la gestación y después de ésta para poder ofrecer apoyo social que garantice la autonomía de la adolescente en cuanto a su propio cuidado y

²⁹ Maruzzella Valdivia P. y Molina Marta. Factores Psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. Vol. XII, Chile. 2003. Pág. 94

³⁰ Molina, Marta. Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2003. Pág. 93

³¹ Saucedo, García. Juan Manuel, Maldonado, Durán. Martín J. La Familia su dinámica y su tratamiento. Washington DC. 2003. Pág. 282

posteriormente el de su hijo. Este personaje de la red, debe participar de igual manera, mediante el soporte para desarrollar el rol maternal.

Es importante ayudar a la madre adolescente a desarrollar el rol maternal a través del apoyo social para que el niño crezca y se desarrolle perfectamente, tal como lo menciona uno de los supuestos principales, sin embargo si la madre no recibe apoyo social para desarrollar su rol como madre, es poco probable que lo logre. En el caso de una madre adolescente, lo es aún más, puesto que: “La madre adolescente debe asumir una multiplicidad de roles, que son aquellos que conlleva una tarea de adultos como es la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura, ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se debe adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, debido a que incluyen a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante, que de alguna manera va a modificar sus vidas.”³² En el embarazo de madres adolescentes es fundamental el apoyo social que pueda obtener de su familia, pareja y amigos aunque lo más frecuente es que se encuentren con el rechazo de la familia, la ausencia de su pareja, que no desea saber nada del tema, y con el aislamiento de sus amigos.

Es habitual el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus oportunidades y sus posibilidades de realización **personal** al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con prestaciones.

“Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación”³³. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de **discriminación** por su grupo de pertenencia.

5. ÁREAS DEL APOYO SOCIAL QUE LA MADRE ADOLESCENTE REQUIERE PARA ADAPTARSE A SU ROL MATERNAL:

³² Muñoz et al., 2001; Restrepo, 1991; Vera, Gallegos & Varela, 1999, citados por: Valdivia P., Maruzella. Molina S., Marta. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en menores de 15 años. Chile, 2003, Pág. 88

³³ IBID Pág. 88

5.1 Apoyo emocional

Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y entendido. La familia como sistema de apoyo hacia la venida de un integrante más. Méndez y Barra en Chile, en el año 2008, amparados en Gracia, Herrero & Musitu (1995) afirmaron que el apoyo social tendría dos funciones principales; “Una función instrumental que alude a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir una meta como pudiese ser la búsqueda de trabajo o dinero, y una función expresiva que considera las relaciones sociales como un fin o un medio en sí mismas, caracterizadas por la presencia de afectos y emociones como puede ser pedir un consejo, compartir una pena, etc.”³⁴ Funciones muy aplicables en el caso del apoyo social que requieren las adolescentes embarazadas para desarrollar su rol maternal.

Los anteriores autores citan nuevamente a Gracia, Herrero & Musitu, (2002). Al referirse a las dimensiones que constituyen el concepto de apoyo, describiéndolas de la siguiente manera: el apoyo emocional entendido como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, constituyéndose en un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima y desempeñándose un importante rol en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas; el consejo que alude a las guías necesarias que moldean las estrategias de afrontamiento emocional y conductual ante las distintas demandas del entorno y el apoyo instrumental, definido como la prestación de ayuda material directa.

5.2 Apoyo informativo

Ayuda al individuo a ayudarse a sí mismo proporcionándole información que le resulta útil para enfrentarse a los problemas y/o a las situaciones, en este caso toda la enseñanza que pueda recibir desde que la adolescente embarazada se entera, durante la gestación y después del parto, para que pueda enfrentarse efectivamente a todas las experiencias totalmente desconocidas para asegurar su salud y la del niño y por lo tanto evitar la desnutrición en él.

5.3 Apoyo físico

³⁴ Méndez, Pablo. Barra, Enrique. Apoyo social percibido en jóvenes infractores de Ley y no infractores. Chile, 2004. psykhe@uc.cl Consultado: 7 de enero 2014

Es un tipo directo de ayuda, en este caso la adolescente necesitará no solamente recibir la orientación y/o información, sino la forma directa o física de hacer las cosas, por ejemplo, si se le enseñan ejercicios para el parto, se deberán ejecutar junto con ella, si se le enseña a bañar al niño, no solamente recibirá información de cómo hacerlo, más bien se le ayudará a hacerlo. Si dará lactancia materna exclusiva, aparte de orientarla se le ayudará a que lo logre con efectividad.

5.4 Apoyo de valoración

Es un apoyo que consiste en decir a la tomadora del rol cómo está llevando a cabo dicho rol. Capacita al individuo para evaluarse en relación con otras personas que interpretan el mismo rol. Básicamente tal y como la definición lo establece, es indicarle a la adolescente embarazada, cómo está realizando los cuidados personales durante su embarazo, los cuidados personales y del niño después del parto, y hasta los dos años de vida.

III OBJETIVOS

3.1 General:

Describir el nivel de adopción del rol maternal y su relación con el estado nutricional del niño en el primer año de vida.

3.2 Específicos:

- 3.2.1 Evaluar el apoyo social que recibieron las madres adolescentes para desarrollar el rol maternal
- 3.2.2 Identificar cuál de las cuatro áreas del apoyo social, recibieron en menor frecuencia las madres adolescentes.
- 3.2.3 Identificar a la persona predominante, que brindó apoyo social a la madre adolescente para la adopción del rol maternal
- 3.2.4 Relacionar la adopción del rol maternal con el estado nutricional de los hijos de las madres adolescentes participantes.
- 3.2.5 Elaborar una propuesta para mejorar la salud materno neonatal en madres adolescentes y sus hijos.

IV MATERIAL Y METODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue correlacional porque buscó conocer cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas. Es decir, para intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que tienen en la variable o variables relacionadas. (Causa-efecto), buscó establecer si existe una relación entre la adopción del rol materno y el estado nutricional del niño. Fue de tipo comparativo porque comparó un grupo de madres adolescentes con hijos desnutridos, con otro grupo de madres adolescentes con hijos con estado nutricional adecuado. Fue de corte retrospectivo-transversal, porque indagó en hechos del pasado (embarazo) y del presente (crianza del niño). Y porque se realizó en un solo momento, es decir en los meses de abril y mayo 2014.

4.2 UNIDAD DE ANALISIS

Madres adolescentes con hijos menores de un año que asisten al programa de crecimiento y desarrollo, en el centro de salud de Quetzaltenango, en el mes de abril 2014

4.3 POBLACION

Debido a que en el programa de Crecimiento y Desarrollo del centro de salud, no registra a las madres adolescentes en un apartado especial, sino por el contrario son ubicadas dentro del grupo general de madres que asisten a dicho programa; se coordinó con la enfermera del Distrito, quien aceptó anotarlas en una sección diferente, lo que permitió conocer que de enero a febrero 2014, existe un total de 30 madres adolescentes. 15 de ellas con hijos con desnutrición y otras 15 con hijos sin desnutrición. Por lo que se decidió aplicar un censo el cual consiste en enlistar a todas las madres adolescentes que asistieron en enero y febrero 2014 al centro de salud con sus hijos al programa de crecimiento y desarrollo, independientemente del estado nutricional del niño. Por lo tanto se tomó el cien por ciento de madres adolescentes.

4.3.1 Criterios de inclusión:

- madres adolescentes
- con hijos menores
- originarias del lugar
- con disponibilidad para participar en el estudio.

4.3.2 Criterios de Exclusión:

- madres que no cumplan los criterios de inclusión.

4.4 HIPOTESIS

- A mayor adopción del rol maternal, mejor estado nutricional del niño.

4.5 VARIABLES ESTUDIADAS

Adopción del rol maternal y su relación con el estado nutricional del niño menor de un año.

- Variable independiente: Adopción del Rol maternal
- Variable dependiente: estado nutricional de los hijos

4.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION DE VARIABLES	PREGUNTAS
Nivel de adopción del rol maternal y su relación con el estado nutricional del niño menor de un año	Proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto período de tiempo y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol y expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo.	Estadios de la adopción del rol maternal.	Anticipación	La madre aprende las expectativas del rol, fantasea con él, establece una relación con el feto y se inicia la adopción del rol.	Escala nominal	1,2,3,4,5,30
			Formal	Aprendizaje del rol y su activación. Las conductas del rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.	Escala ordinal	6,11,20,24,
			Informal	Empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social, basándose en las experiencias pasadas y objetivos futuros la mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.		7,8,10,14,19, 21,25,26,28
			Personal	La mujer interioriza el rol, la madre experimenta un sentimiento de confianza armonía y competencia de modo que lleva acabo el rol y alcanza el rol maternal		16 12,13,15,17, 18,22,23,27. 29

Apoyo social	Cantidad de ayuda recibida de forma real, la satisfacción debida a dicha ayuda y las personas (red) que proporcionan dicha ayuda	Formas de proporcionar el apoyo social	Apoyo emocional	Apoyo que permite que la madre adolescente se haya sentido amada, cuidada, digna de confianza y entendida	Escala nominal Escala ordinal	14,15,16,1,2,3, 11, 12, 17,
			Apoyo informativo	Ayuda que recibió la madre adolescente para ayudarse a sí misma. Información que le proporcionaron que le resultó útil para enfrentarse a los problemas o situaciones durante su embarazo y crianza del niño		17,18, 4, 13
			Apoyo físico	Ayuda directa que recibió la madre adolescente durante su embarazo y crianza del niño		19,20, 5,6, 7,8,9, 14,15,16
			Apoyo de valoración	Estímulos verbales que recibió la madre adolescente de cómo estaba llevando su rol.		10, 18

4.7 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Primeramente se obtuvo la aprobación del protocolo y diseño de investigación por parte de las autoridades académicas y de post-gradados. Se solicitó los permisos respectivos a las autoridades del centro de salud de Quetzaltenango, para realizar la presente investigación. Debido a que las madres adolescentes no son anotadas en un documento especial, sino por el contrario se incluyen indistintamente con todas las madres adultas, que asisten al centro de salud al programa de Crecimiento y desarrollo, se solicitó a la Enfermera del Distrito, la anotación correspondiente para obtener un censo. Seguidamente con la debida autorización se captaron a las madres cuando acudieron a control de peso y talla, al centro de salud para aplicar los instrumentos correspondientes.

Se aplicaron 2 instrumentos, que fueron elaborados por la investigadora a través de la operacionalización de las variables. Para que ambos instrumentos cumplieran con la **objetividad**. Se estandarizó las mismas instrucciones y condiciones para todas las participantes. Para determinar que los instrumentos posean **confiabilidad**, se aplicaron a tres madres adolescentes, como prueba piloto previa al trabajo de campo, con madres con similares características, en el centro de salud de Salcajá, Quetzaltenango.

El primer instrumento lo constituyó un cuestionario (A) que sirvió para la medición de la variable apoyo social, en el cual se incluyeron preguntas cerradas con múltiples opciones que al final permitieron identificar la dimensión del apoyo social que más se brindó a las madres adolescentes y por lo tanto la dimensión que menos se ofreció a las madres adolescentes; así mismo permitió conocer el personaje que brindó más apoyo social a la madre adolescente, como parte de la red.

Dicho instrumento también contempló una primera parte, que permitió adjuntar datos generales tanto de las madres adolescentes como de su hijo.

Se elaboró otro cuestionario (B) para la medición de la variable del nivel del rol maternal, se adaptaron preguntas del instrumento ARM, GARRIDO M, MARCHÁN M. 2011. Creando una batería de preguntas, que según Sampieri (2006) “sirve

para ahorrar espacio en el cuestionario, facilitar la comprensión del mecanismo de respuesta y construir índices que permitan obtener una calificación total”³⁵. Al mismo se le aplicó una escala de Likert, la cual consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de las participantes. La escala contiene los siguientes criterios:

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Desacuerdo
- 3 = Parcialmente de acuerdo
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

“Se considera un dato inválido si se marcan dos o más respuestas. En este instrumento, se colocaron preguntas cerradas con categorías de respuesta que como menciona Sampieri (2006), fueron definidas a priori por la investigadora, mostrándoselas a la participante para que elija la opción que describa más adecuadamente su respuesta”³⁶. Para poder determinar el nivel de adopción del rol maternal se aplicó el siguiente procedimiento:

	Afirmaciones	Valoración	Total
Totalmente en desacuerdo	30	1 punto cada afirmación	30
Desacuerdo	30	2 puntos cada afirmación	60
Parcialmente de acuerdo	30	3 puntos cada afirmación	90
De acuerdo	30	4 puntos cada afirmación	120
Totalmente de acuerdo	30	5 puntos cada afirmación	150

³⁵ Sampieri 2011

³⁶ IBID. Sampieri

Explicado de otra manera, según Sampieri, las puntuaciones de las escalas de Likert se obtienen sumando los valores alcanzados respecto de cada frase, por ello se denomina escala aditiva, así:

30-70	71-110	111-150
Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto

A las madres previo a encuestarlas se les dio a conocer los objetivos del estudio y firmaron una hoja de consentimiento informado. Como se mencionó con anterioridad ambos instrumentos pasaron por una prueba piloto, en la ciudad de Salcajá, con madres adolescentes que asisten al programa de Crecimiento y desarrollo con niños en estado de nutrición adecuado y niños desnutridos.

4.8 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

Los datos de ambos instrumentos fueron vaciados al programa de Epi Info que es un programa que tiene un sistema fácil para construir bases de datos, analizarlos con las estadísticas de uso básico en epidemiología y representarlos con gráficos. Se realizaron los respectivos cruces de variables, para la comparación de los grupos. Se aplicó Chi Cuadrado (χ^2) el cual es una prueba que determina si dos variables están relacionadas o no, en este caso la adopción del rol maternal y el estado nutricional del niño. Así mismo para el análisis de los datos se utilizaron la prueba de t de student para la comparación de medias entre ambos grupos, prueba de Fridman, y estadísticos básicos. Se analizó la escala aditiva para determinar el nivel de adopción del rol maternal.

4.9 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se aplicaron principios como: beneficencia; la cual se aplicó porque el estudio no hizo daño alguno, de lo contrario aportó beneficios para el grupo en estudio. La justicia; porque se trató de igual manera a todas las madres. Autonomía, al utilizar el consentimiento informado con el fin de asegurar una participación libre de las madres en el estudio. La veracidad, porque todos los procedimientos planteados se ejecutaron como se plasmaron.

4.10 PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS DE LA INFORMACION

Obtenida la información se analizó la misma, confrontándola con el marco teórico, posterior a haber aplicado Chi Cuadrado (X^2), prueba de t de student para la comparación de medias entre ambos grupos, prueba de Fridman, y estadísticos básicos. Se analizó la escala aditiva para determinar el nivel de adopción del rol maternal.

V. RESULTADOS

TABLA No. 1

Estadísticos		
Edad		
N	Válidos	30
Media		18.43
Moda		19
Desviación típica		1.357
Mínimo		15
Máximo		20

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 2

Estadísticos			
Edad			
		Grupo de madres	
		Control	Objetivo
N	Válidos	15	15
Media		18.47	18.40
Moda		19	19
Desviación típica		1.407	1.352
Mínimo		17	15
Máximo		20	20

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 3

Estadísticos de grupo				
	Grupo de madres	N	Media	Desviación Típica
Edad en la que se embarazó	Objetivo	15	17.20	1.265
	Control	15	17.27	1.223

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 4

Prueba de muestras independientes para edad en que se embarazaron el grupo de madres control y objetivo						
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas					
	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Se han asumido varianzas iguales	.066	.798	-.147	28	.884	-.067

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 5

Estadísticos de grupo de madres sobre tiempo transcurrido de edad actual y edad de Embarazo			
Grupo de madres	N	Media	Desviación típica
Objetivo	15	1.2000	.41404
Control	15	1.2000	.56061

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 6

Estado civil		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Unida	16	53.3
Casada	9	30.0
Soltera	5	16.7
Total	30	100.0

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 7

Estado civil					
		Grupo de madres			
		Control		Objetivo	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Casada	3	20.0	6	40.0
	Soltera	2	13.3	3	20.0
	Unida	10	66.7	6	40.0
	Total	15	100.0	15	100.0

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 8

Grupo de madres y Convivientes						
Grupo de madres		Convivientes				Total
		Pareja y fam. de origen	Pareja y familia de este	Sola con su fam. de origen	Sola con su pareja	
Control	frecuencias	4	5	2	4	15
Objetivo	frecuencias	3	5	3	4	15
Total	frecuencias	7	10	5	8	30

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 9

Grupo de madres y fuente de ingreso				
		Fuente de ingreso		Total
		Asalariado	No asalariado	
Control	Frecuencia	3	12	15
Objetivo	Frecuencia	3	12	15
	Frecuencia	6	24	30

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 10

Estado civil y fuente de ingreso				
Estado civil		Fuente de ingreso		Total
		Asalariado	No asalariado	
Unida	Frecuencia	2	14	16
Soltera	Frecuencia	2	3	5
Casada	Frecuencia	2	7	9
Total	Frecuencia	6	24	30

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 11

Convivientes y fuente de ingreso				
Convivientes		Fuente de ingreso		Total
		Asalariado	No asalariado	
Sola con su pareja	Frecuencia	2	6	8
Sola con su fam. de origen	Frecuencia	2	3	5
Pareja y familia de este	Frecuencia	0	10	10
Pareja y fam. de origen	Frecuencia	2	5	7
Total	Frecuencia	6	24	30

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 12

Religión y Grupo de madres				
Religión		Grupo de madres		Total
		Control	Objetivo	
Evangélica	Frecuencia	6	10	16
Católica	Frecuencia	9	5	14
Total	Frecuencia	15	15	30

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 13

Etnia y Grupo de madres					
Etnia		Grupo de madres		Total	%
		Control	Objetivo		
No indígena	Frecuencia	12	9	21	70%
Indígena	Frecuencia	3	6	9	30%
Total	Frecuencia	15	15	30	100

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 14

Nivel escolar y Grupo de madres					
Frecuencias					
		Grupo de madres		Total	
		Control	Objetivo		
Nivel escolar	Básico	7	4	11	
	Diversificado	2	2	4	
	Primaria	6	9	15	
Total		15	15	30	

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 15

Nivel escolar y Estado civil					
Frecuencia					
		Estado civil			Total
		Casada	Soltera	Unida	
Nivel escolar	Básico	4	4	3	11
	Diversificado	1	1	2	4
	Primaria	4	0	11	15
Total		9	5	16	30

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 16

Grupo de madres y Tipo de parto					
Frecuencia					
		Tipo de parto			Total
		Distócico gemelar	Distócico simple	Eutócico simple	
Grupo de madres	Control	1	1	13	15
	Objetivo	0	6	9	15
Total		1	7	22	30

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 17

Grupo de madres y Estado nutricional del niño					
Frecuencia					
		Estado nutricional			Total
		Desnutrición aguda moderada	Desnutrición crónica	Normal	
Grupo de madres	Control	0	0	15	15
	Objetivo	14	1	0	15
Total		14	1	15	30

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 18

Estado nutricional	Edad del niño en días					
	Frecuencia	Media	Mínimo	Máximo	Desviación típica	% del N de la columna
Desnutrición aguda moderada	14	315	90	540	149	93.3 %
Desnutrición crónica	1	70	70	70	.	6.7 %
Total	15	299	70	540	157	100.0%

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No.19

Grupo de madres que dieron Lactancia Materna exclusiva				
Frecuencia				
		Lactancia		Total
		No	Si	
Grupo de madres	Control	8	7	15
	Objetivo	8	7	15
Total		16	14	30

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 20

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.000 ^a	1	1.000
N de casos válidos	30		
a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7.00.			
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.			

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 21

Razones de la no lactancia exclusiva	Grupo de madres					
	Control		Objetivo		Total	
	Frec	%	Frec.	%	Frec	%
El niño desde que nació lo hospitalizaron	2	25.0%	0	0.0%	2	13.3%
En la institución en donde nació el niño/a le iniciaron fórmula	3	37.5%	1	14.3%	4	26.7%
No tenía leche y creía que era insuficiente	3	37.5%	2	28.6%	5	33.3%
Por la utilización de antibióticos, no tuvo suficiente leche	0	0.0%	2	28.6%	2	13.3%
Por la utilización de antibióticos, no tuvo suficiente leche	0	0.0%	1	14.3%	1	6.7%
Por el trabajo	0	0.0%	1	14.3%	1	6.7%
Total	8	100.0%	7	100.0%	15	100.0%

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 22

Estadísticos		
Momento en que avisó que estaba embarazada (número de meses)		
N	Válidos	30
Media		2.67
Moda		2
Desviación típica		1.493
Mínimo		1
Máximo		7

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 23

Persona que más le brindó apoyo desde que la adolescente se embarazó		
Persona que brindó apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Hermana	1	3.3
Mamá	17	56.7
Ninguna persona	1	3.3
Papá	1	3.3
Pareja	10	33.3
Total	30	100.0

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 24

Persona que más le brindó apoyo desde que se embarazó	Frecuencia con que le brindaron apoyo			
	Frecuente		Muy frecuente	
	Frec.	%	Frec.	%
Hermana	0	0.00	1	5.00
Mamá	4	44.40	13	65.00
Papá	0	0.00	1	5.00
Pareja	5	55.60	5	25.00
Total	9	100.00	20	100.00

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 25

Persona que apoyó con el cuidado del bebé		
	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	17	58.6
Pareja	9	31.0
Abuela	1	3.4
Hermana	1	3.4
Papa y hermana	1	3.4
Ninguno	1	3.4
Total	30	100.0

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 26

Persona que le apoyó con el cuidado del bebé	Calificación del apoyo			
	Muy Bueno		Regular	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Abuela	1	4.2%	0	0.0%
Hermana	1	4.2%	0	0.0%
Mamá	17	70.8%	0	0.0%
Papa y hermana	1	4.2%	0	0.0%
Pareja	4	16.7%	5	100.0%
Total	24	100.0%	5	100.0%

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 27

Persona de quien las madres recibieron apoyo cuando informaron que estaban embarazadas			
		Frecuencia	Porcentaje
	La pareja	6	20.0
	Mamá, papá y hermana	19	63.3
	La pareja, mamá, papá y hermana	5	16.7
	Total	30	100.0

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 28

Resumen de Frecuencias de apariciones de los diferentes actores de apoyo a la madre, a través de las 18 preguntas formuladas.			
		Respuestas	
		Nº	Porcentaje
	Pareja	86	16.0%
	Mamá,	280	52.2%
	Suegra	23	4.3%
	Personal de salud	21	3.9%
	Otras personas	10	1.9%
	Ninguno	49	9.2%
	Pareja, mamá, papá y hermana	56	10.1%
	Pareja y suegra	1	0.2%
	Pareja y personal de salud	2	0.4%
	Pareja y otras personas	1	0.2%
	Mamá, papá y hermana y suegra	2	0.4%
	Mamá, papá y hermana y personal de salud	4	0.7%
	Mamá, papá y hermana y otras personas	1	0.2%
	Total	536	100.0%

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 29

Estadísticos					
		Apoyo emocional	Apoyo informativo	Apoyo físico	Apoyo de valoración
N	Válidos	30	30	30	30
Media		3.3556	3.4000	3.1067	4.3500
Moda		3.44	3.00 ^a	2.60	5.00
Desviación típica		.54698	.62146	.53751	.64527
Mínimo		1.56	2.00	2.10	2.50
Máximo		4.33	4.50	4.30	5.00
a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.					

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

Tabla No. 29 A

	Prueba de muestras relacionadas		
	T	Gl	Sig. (bilateral)
Apoyo de valoración - Apoyo físico	8.976	29	.000
Apoyo de valoración - Apoyo emocional	9.078	29	.000
Apoyo de valoración - Apoyo informativo	10.648	29	.000

Tabla No. 29 B

Prueba de muestras relacionadas			
	T	Gl	Sig. (bilateral)
Apoyo informativo - Apoyo emocional	.373	29	.712
Apoyo informativo - Apoyo físico	2.063	29	.048

TABLA No. 30

Estado del niñ@ al nacer	Grupo de madres					
	Control		Objetivo		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bueno	10	66.7%	7	46.7 %	17	56.7%
Malo	1	6.7%	0	0.0%	1	3.3%
Regular	4	26.7%	8	53.3 %	12	40.0%
Total	15	100.0 %	15	100.0 %	30	100.0 %

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 31

Estado del niñ@ al nacer	Como ha sido el estado del niñ@ durante este primer año							
	Bueno		Malo		Regular		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia.	%
Bueno	13	76.5%	0	0.0%	4	33.3%	17	56.7%
Malo	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%
Regular	3	17.6%	1	100.0%	8	66.7%	12	40.0%
Total	17	100.0%	1	100.0%	12	100.0%	30	100.0%

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No.32

Grupo de madres	Madres a quienes le separaron al niñ@ durante el primer año					
	No		Si		Total	
	Frec.	% del N de la columna	Frec.	% del N de la columna	Frec.	% del N de la columna
Control	8	42.1%	7	63.6%	15	50.0%
Objetivo	11	57.9%	4	36.4%	15	50.0%
Total	19	100.0%	11	100.0%	30	100.0%

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		Le separaron al niñ@ durante este año?
Grupo de madres	Chi cuadrado	1.292
	Gl	1
	Sig.	.256
Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada sub tabla más al interior.		

TABLA No. 33

Grupo de madres	Razones principales por las que se separó del niño	Frecuencia	%
Control	Al egresar, el niño/a quedó hospitalizado	1	14.3%
	Al momento del nacimiento lo hospitalizaron	4	57.1%
	Lo ha hospitalizado por alguna razón	2	28.6%
Objetivo	Al momento del nacimiento lo hospitalizaron	3	75.0%
	Lo ha hospitalizado por alguna razón	1	25.0%
Total	Al egresar, el niño/a quedó hospitalizado	1	9.1%
	Al momento del nacimiento lo hospitalizaron	7	63.6%
	Lo ha hospitalizado por alguna razón	3	27.3%

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 34

		Tiempo (días) en que le separaron al niño				
		Frecuencia	Media	Mínimo	Máximo	Desviación típica
Grupo de madres	Control	7	7	5	9	2
	Objetivo	4	7	2	15	6
	Total	11	7	2	15	3

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 35

Estado nutricional del niño	Nivel de adopción del rol maternal de acuerdo al estado nutricional					
	Nivel alto		Nivel medio		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec	%
Desnutrición	2	40.0%	13	52.0%	15	50.0%
Normal	3	60.0%	12	48.0%	15	50.0%
Total	5	100.0 %	25	100.0%	30	100.0%

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 35 B

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		Nivel
Estado nutricional (grupos de madres control y objetivo)	Chi cuadrado	.240
	gl	1
	Sig.	.624 ^a

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 36

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Control	15	98.0667	13.04096	72.00	117.00
Objetivo	15	101.0000	8.18535	90.00	117.00

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 37

Prueba de muestras relacionadas				
		t	gl	Sig. (bilateral)
	Apoyo informal - Apoyo formal	.662	29	.513
	Apoyo informal - Apoyo personal	8.110	29	.000
	Apoyo informal - Apoyo de anticipación	5.558	29	.000

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 38

Prueba de muestras relacionadas				
		t	gl	Sig. (bilateral)
	Apoyo formal - Apoyo personal	5.046	29	.000
	Apoyo formal - Apoyo de anticipación	4.356	29	.000

Fuente: trabajo de campo abril-mayo 2014

TABLA No. 39

Prueba de muestras relacionadas				
		T	gl	Sig. (bilateral)
	Apoyo de anticipación - Apoyo personal	-1.370	29	.181

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Como se describió con anterioridad el grupo de madres estudiadas estuvo conformado por 30 madres, quince de ellas con niños desnutridos a quienes se les designó como grupo objetivo y quince con niños sin desnutrición, a quienes se les llamó grupo control.

La información que a continuación se presenta se obtuvo por medio de la búsqueda de las madres en varios días en los programas infantiles, debido a que no asistían con regularidad al programa de crecimiento y desarrollo como se había planificado.

La media de edad del total de los dos grupos de madres estudiadas (objetivo y control) para ambos grupos es de 18.43 años con una moda 19 años, una desviación estándar de 1.36 años, un mínimo de edad de 15 años y un máximo de 20 años. El 68.28% de las madres entrevistadas se encuentran entre las edades de 17 años y aproximadamente 20 años (19.79).

Los estadísticos para la variable edad para el grupo de madres "Control" y "Objetivo", se puede establecer que las medias de edad para uno y otro grupo, son similares. De la misma manera la moda (19 años) y la desviación estándar. El rango de edad para ambos casos es de cinco años. La diferencia se encuentra ubicada en los mínimos de edad. Es decir, los valores de mínimo y máximo de edad, son menores en el grupo objetivo. Lo anterior indica que en términos de edad, ambos grupos son homogéneos.

De acuerdo a la información brindada por las madres, la edad promedio en que se embarazaron ambos grupos fue de 17.23 años, con un mínimo de edad de 14 años y un máximo de 19 años. Es decir, el 68% de ellas se embarazaron entre los 16 años y 18 años. Luego, el caso de madres objetivo y control, las edades promedios de embarazos fueron de 17.20 años y 17.27 años respectivamente. Las desviaciones son similares, lo que indica similitud en esta variable.

La prueba de t de student para la comparación de medias de edad entre ambos grupos, indica no significancia (0.884) para la diferencia de medias. Es decir, hay suficiente evidencia para indicar que las edades son iguales.

Otra variable que ayuda a caracterizar a ambos grupos de madres, es sobre el tiempo transcurrido entre la edad de la madre y la edad en la que se embarazó. Para determinar si

hay diferencias entre los grupos de madres, se hizo otra prueba de “t” de student, la cual revela que no hay diferencia significativa (1.00). Es decir, ambos grupos de madres tuvieron su embarazo en un lapso de tiempo igual en años transcurridos (1.2).

De acuerdo a la información recaba, 53% de las madres del total, su estado civil es “Unida”, un 30% “Casadas” y un 17% “Solteras”. Las madres casadas cuentan de alguna manera con un apoyo un poco más seguro, puesto que legalmente su pareja la apoya en la crianza del niño, pero el porcentaje es poco representativo.

La distribución del estado civil por grupo de madres, en el caso de las madres control existe un predominio (67%) que tienen un estado civil de unida. Por el otro lado, en las madres objetivo, los mayores porcentajes se encuentran distribuidos en los estados civil de casadas y unidas.

Los datos registrados para ambos casos, indican situaciones similares. Es decir, en ambos grupos de madres el 40% de ellas es asalariada y el 60% no devenga un salario.

Se determinó también, que las madres asalariadas y no asalariadas, guardan un mismo patrón cuando se desagregan por estado civil. Es decir, que existen más madres no asalariadas por categoría de estado civil. No obstante, dentro de las diferentes categorías, se identifica por observación que las que se encuentran en situación de unidas, hay más asalariadas. Luego, disminuye esta situación para el grupo de madres casadas y finalmente para las solteras.

Se puede identificar que en todos los casos de madres asalariadas y no asalariadas, los convivientes son los mismos, a excepción de la madre asalariada en la cual no convive con su pareja y su respectiva familia. Es decir, para estos casos, todas las madres trabajan. También se nota que el grupo de madres que no trabajan, disminuye la frecuencia en la medida que se encuentran con su pareja, su pareja y además su familia, y finalmente si se encuentra sin su pareja pero apoyada por su familia.

El grupo de madres objetivo, se caracterizan por pertenecer la mayoría a la religión evangélica, contrario a las madres tipo control. A nivel general, el 53% de las madres son evangélicas, y el 47% son católicas.

La frecuencia de los grupos de madres desagregado etnia, se estableció que el 70% son de origen no maya y el resto maya. Dentro del grupo de madres control, 80% son no mayas y

el 20% mayas. En el grupo de madres objetivo, el 60% son no mayas y el 40% mayas. Se identifica también que dentro del grupo de mujeres mayas, el grupo control representa el 40% del total de madres y el 30% a las mayas. Por otro lado, en el grupo de no mayas, se ubican el 10% del total de las madres control y el 20% son las madres objetivo.

Se puede establecer que el 50% de las madres han cursado algún grado del nivel primaria, el 37% el nivel básico y el 13% el nivel diversificado. A nivel del grupo de madres control, la mayoría ha cursado el nivel básico, luego la primaria y finalmente solo dos madres el diversificado. En el caso de las madres objetivo, el valor más alto se presenta en el nivel de primaria, luego en el básico y finalmente, el valor más bajo en el nivel de diversificado.

De acuerdo al estado civil relacionado con el nivel escolar, las madres casadas, la mayoría tiene un nivel primario y básico de 44% respectivamente. Sólo el 12% (una madre) el nivel diversificado. En el caso de las madres solteras, la mayoría han cursado el nivel básico. Finalmente las madres que se encuentran en condición de unidas, el 69% de ellas han logrado el nivel primario y el resto el básico y diversificado. Las madres solteras se distinguen porque todas han alcanzado el básico y diversificado. Se identifica que las madres control han alcanzado una mayor proporción de nivel básico que las objetivo.

Se identifica los diferentes tipos de partos reportados, desagregado por grupo de madres. Se puede advertir que la mayoría (73%) de los partos fue del tipo Eutócico simple, seguidamente el Distócico simple (23%) y finalmente un caso del Distócico gemelar. Para ambos grupos de madres predominó el tipo de parto Eutócico simple.

Se muestra la frecuencia de casos de niñ@s desnutridos desagregados por grupos de madres. En ella se puede identificar que dentro del grupo objetivo, predominan los niñ@s con desnutrición aguda moderada. El grupo control es la referencia de los niños no desnutridos.

Se determinó que la media de edad de los niñ@s con desnutrición aguda moderada es de 315 días (10.5 meses), con un mínimo de 90 días (3 meses) y un máximo de 540 días (1 año con 6 meses). Este grupo de niñ@s representa el 93% de hij@s de las madres objetivo.

El porcentaje de niños hombres dentro del grupo de desnutrición aguda es del 50% y el otro 50% son mujeres. El único caso de desnutrición crónica es de sexo femenino.

Se puede establecer que el 47% de todas las madres indicaron que dieron lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y el resto 53% no. Para cada caso de madres, las proporciones fueron similares. Es decir, dentro del grupo control 53% no dio lactancia y el 47% si, similar caso para el grupo objetivo.

Al hacer la prueba estadística de chi cuadrado para establecer si existía una relación entre el grupo de madres control y objetivo, con lactancia materna exclusiva, se determinó que no había significancia al 5% (sig. Asintótica 1.00). Es decir, el hecho de que sean madres control (hij@s sin desnutrición) y madres objetivos (hij@s desnutridos), con el dar o no lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses, no se encontró relación.

Las principales razones que brindaron las madres en relación a no dar lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses; la más frecuente (33%) fue: No tenía leche y creía que era insuficiente. Luego, en un 26% de casos la razón fue que en la institución en donde nació el niño/a le iniciaron fórmula. Quizá las madres con niños desnutridos que indicaron haber dado lactancia materna exclusiva, la misma no fue proporcionada con efectividad.

Se considera que cuando las madres informan sobre su embarazo oportunamente, pueda recibir un mejor apoyo en todos los sentidos, de acuerdo a los resultados, la madre informó que estaba embarazada en un promedio de meses de 2.67. Lo más frecuente fue que avisó a los 2 meses (40% de casos), con una desviación estándar de 1.5 meses. El tiempo más corto en avisar fue de un mes y el más largo fue de 7 meses. 68% de las madres informaron entre un mes y 4 meses sobre su embarazo. Este último porcentaje evidencia lo tardío en que avisaron sobre su embarazo un gran porcentaje de madres, lo que representa un aspecto negativo en el crecimiento y desarrollo adecuado del feto.

Se evidencia que el apoyo recibido durante el embarazo fue ofrecido por la mamá de las madres, representado por un 57% de los casos, luego en un 33% de los casos fue la pareja.

La participación de los familiares que apoyaron el proceso del embarazo de acuerdo al estado civil de las madres. En ella se puede identificar que en los diferentes casos de estado civil, predominó el apoyo de la mamá, especialmente importante para las madres solteras. En los casos de madres casadas o unidas, la pareja jugó un rol importante.

Para ambos grupos de madres, el apoyo que recibieron, en el 69% de los casos, fue considerado como muy frecuente, y un 31% frecuente. Existió un caso en el cual no recibió ningún apoyo. De acuerdo al familiar que brindó el apoyo, así fue que se presentó con cierto nivel de frecuencia. Los resultados indican que la mamá fue la que apoyó en un 44% de los casos de manera frecuente y en el 65% de oportunidades en un nivel de muy frecuente. Luego, la pareja en un 56% de ocasiones, lo hizo de manera frecuente y en un 25% de casos, de manera muy frecuente. Este dato recobra importancia porque evidencia que la pareja obtuvo el segundo lugar lo cual es contrario a lo que la teoría recomienda para adaptarse mejor y pronto al rol maternal.

Luego, en la etapa de cuidado del bebé, el nivel de apoyo de la mamá mantuvo su predominio en el 59% de los casos, seguido por la pareja en el 31% de oportunidades. Solamente una madre no recibió tal apoyo. El apoyo recibido, fue considerado por las madres como muy frecuente en el 69% de los casos y frecuente en el 31%. Nuevamente la pareja queda en segundo lugar, lo cual no contribuye, puesto que una de sus funciones es apoyar en el cuidado del bebé, no dejar esta responsabilidad a la abuela, que aunque se considera muy positivo su apoyo, no sustituye el de la pareja.

El apoyo del cuidado del bebé de acuerdo a las madres entrevistadas, dentro de la categoría de calificación de apoyo en el cuidado del bebé, fue evaluado como muy bueno, la mamá fue quien en el 71% de los casos obtuvo esta calificación. Luego dentro de esta categoría, fue la pareja en un 17% de oportunidades quien obtuvo esta calificación. Hubo 5 casos en que la pareja fue calificada con un nivel de apoyo de regular.

De acuerdo a la opinión de las entrevistadas sobre el apoyo social recibido, hubo varios actores que intervinieron. Entre ellos la pareja de la madre, su mamá, papá, hermana, suegra, personal de salud y otros (amigas, vecinas, líder religioso, maestro), y finalmente ningún apoyo.

Cuando se formuló la pregunta acerca de: Cuando usted informó que estaba embarazada, de quien recibió apoyo, los primeros actores que intervinieron fueron la mamá, papá y hermana, en un 63% de casos. Luego, la pareja en un 20% de oportunidades. Seguidamente la combinación del anterior grupo de personas y la pareja en un 17% de ocasiones. En todo caso, la participación de la familia de la madre es la más frecuente.

También se utilizó un instrumento A, que midió el apoyo social. Dicho instrumento contó con 18 preguntas aplicadas, (ver anexos) en donde se puede afirmar que el apoyo de la familia de la madre es incondicional de acuerdo a las diferentes situaciones enmarcadas por las preguntas hechas. Se muestra un resumen del conjunto de actores que aparecen en las 18 preguntas formuladas. Se determina de manera evidente, el número de veces que aparecen los diferentes actores. Como se puede establecer, en el 52% de apariciones en las 18 preguntas hacen referencia a la mamá, papá y hermana. Luego, en un 16% de oportunidades aparece la pareja.

De acuerdo a cálculos de los estadísticos de las cuatro áreas de apoyo, el promedio más alto de ambos grupos de madres, se encuentra ubicado en el área de apoyo de valoración (4.35). Esta variable tiene una moda de 5, un mínimo valor de 2.5 a 5 y desviación estándar de 0.65. Al hacer la prueba de “t” de student para medias independientes del valor de la media de apoyo de valoración con el resto de las áreas, se determinó que es significativamente diferente al 5% de error y probabilidad del 95% (tabla No.29A). Es decir, es el área de mayor apoyo social.

Luego, el valor siguiente de promedio más alto (3.40), es del área de apoyo informativo. Se desarrolló la prueba “t”, para determinar sus diferencias con respecto al resto de las áreas. Los resultados indican que no hay diferencia estadística de su media con respecto a la media del área de apoyo emocional (3.35), pero si con respecto a la media de apoyo físico (3.10).

De acuerdo a las respuestas obtenidas, en el 57% de los casos, el estado del niñ@ al nacer fue calificado como bueno. En el 40% de oportunidades, de regular estado y solo el 3% de malo. Sin embargo, en el caso de las madres tomadas como control, 67% de ellas indicaron que el estado del niñ@ al nacer fue bueno, mientras que en el grupo de madres objetivo fue menor (47%). Luego, el 27% de las madres del grupo control, manifestó que el estado fue de regular, y en el caso de las madres control fue reportado en este estado, en el 53% de ocasiones. Existió un caso reportado por la madres control, como estado del niñ@ al nacer, de malo.

De tal manera que el grupo de madres control, fue en donde a nivel general hubo más reportes (33%) de niños en estado bueno y menos regular (13%), al nacer, lo que puede fundamentar el estado de desnutrición de los hijos de madres objetivos.

El estado del niño@ durante el primer año se refiere a que si el mismo se enferma con frecuencia, lo que interfiere en la vinculación con su madre. Dicha experiencia fue reportada como que el estado del niño ha sido bueno por el 57% de las madres de ambos grupos. Seguidamente como regular, por el 40% de ellas y finalmente, como malo por un solo caso. Si estos resultados, los comparamos con la columna de totales, se determina que son los mismos. Es decir, la situación del estado de los niño@s desde que nacieron y durante su primer año es la misma, pero quizá los hijos de madres control únicamente se enferman de lo común para la edad, sin embargo los hijos de madres objetivo, se relaciona con la desnutrición y sus agravantes.

Las madres entrevistadas reportan en el 63% de los casos que no le separaron al niño en el presente año y el 47% indicaron que sí. Por otro lado, se distingue que la madres del grupo objetivo fueron a las que en menos ocasiones (36%) le separan al niño@, mientras que al grupo control, sufrió una separación en el 64% de ocasiones. Sin embargo, al hacer la prueba de chi cuadrado, los resultados indican que no hay relación entre las frecuencias de si y no separación del niño@ y el grupo de madres al que pertenece (no hay significancia 0.256, no se rechaza la hipótesis de independencia entre variables). En otras palabras, no hay relación entre la separación y el estado nutricional (las madres control representan a niño@s sin problemas de desnutrición y las objetivo con niño@s con problemas de desnutrición).

Las principales razones de separación de los niño@s manifestadas por las madres, se puede establecer que la más frecuente fue la relacionada a que al momento del nacimiento del bebé, este fue hospitalizado. Esta circunstancia se presentó en el 57% de casos en las madres control y en el 75% en las madres objetivo.

El número de madres afectadas por la separación de su bebé, fueron 11 (37% del total de madres entrevistadas). El tiempo promedio de separación para ambos grupos de madres fue de 7 días. En el caso de las madres objetivo fue más variable (desviación estándar de 6

días). En este grupo los valores fueron entre 2 días a un máximo de 15 días, mientras que el grupo control fue entre 5 días y 9 días.

Para medir el nivel de adopción del rol maternal, se utilizó un instrumento B. De acuerdo a los resultados de la prueba del test “instrumento B”, se puede determinar que el 16% de ellas se encuentran en un nivel alto y el 84% en el nivel medio. En el caso de las madres que representan al grupo de niños desnutridos (grupo objetivo), el nivel alto es del 40%, mientras que en el grupo de no desnutridos (grupo control) es del 60%. La proporción de madres objetivo en el nivel medio, es mayor que el de madres control. Lo cual permite afirmar la hipótesis a mayor adopción del rol maternal, mejor estado nutricional del niño.

Se ha de tener en cuenta que según la teoría, la madre debe adaptarse a su rol en el primer año del niño, muchos de ellos aún no tenían esa edad, por otro lado quiere decir que para ambos grupos la mayoría no se encuentra en el estadio personal de la adopción del rol maternal, que es cuando la madre interioriza el rol, experimenta un sentimiento de confianza, armonía y competencia de modo que lleva a cabo el rol y lo alcanza.

La prueba de Friedman, permite determinar que la diferencia de 3 puntos, no es significativamente diferente (0.796), no se rechaza la hipótesis nula. De ahí que se puede inferir que ambos grupos son similares en cuanto a sus valores de sumas totales de preguntas relacionadas al rol de adopción de madres.

Esto es que las madres control y objetivo opinaron de forma similar frente a las preguntas realizadas.

Se puede apreciar las medias de los indicadores “Apoyo de anticipación, apoyo formal, apoyo informal y apoyo personal”. En ella se puede encontrar que la media más alta es la de apoyo informal (3.68), seguida por la de apoyo formal (3.60). Los otros dos indicadores tienen valores similares.

La prueba de Friedman, permite determinar que la diferencia de 3 puntos, no es significativamente diferente (0.796), no se rechaza la hipótesis nula. De ahí que se puede inferir que ambos grupos son similares en cuanto a sus valores de sumas totales de preguntas relacionadas al rol de adopción de madres.

Esto es que las madres control y objetivo opinaron de forma similar frente a las preguntas realizadas.

Para determinar si existe diferencia significativa entre la media más alta con el resto de las medias, se procedió a desarrollar una prueba de “t” de student, se puede advertir que la media de apoyo informal es mayor a la media del indicador apoyo personal, pero no con respecto al indicador de apoyo formal, al 5% de error y nivel de confianza del 95%.

Luego se hizo lo mismo para el caso de apoyo formal y el resto de los indicadores o variables. En ella se identifica que el indicador apoyo formal tiene un valor de media mayor que los indicadores apoyo personal y de anticipación. Es decir, hay diferencia significativa (0.00) al 5% de error y nivel de confianza del 95%.

Finalmente, para el caso de diferencias de medias entre el indicador apoyo de anticipación y apoyo personal, no hay diferencia significativa (0.181). Es decir, sus medias son iguales al 5% de error y nivel de confianza del 95%

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La hipótesis se confirma en cuanto a mayor adopción del rol maternal, mejor estado nutricional del niño, por lo que solamente 40% de las madres objetivas se encontraron en el nivel alto de adopción del rol maternal. La mayoría de ambos grupos de madres se clasificaron en nivel medio de adopción del rol maternal.
- 6.1.2 El área del apoyo social, que en menor frecuencia recibieron las madres tanto del grupo control como el objetivo fue la referente al apoyo físico, es decir que recibieron poca ayuda directa.
- 6.1.3 La persona predominante que brindó el apoyo social a las madres adolescentes de ambos grupos, fue la mamá de éstas, seguida por la pareja.
- 6.1.4 Tanto el grupo control como el objetivo, son homogéneos en la mayoría de aspectos que se estudiaron. Como por ejemplo la edad, lo que indica que las madres objetivas, no son más jóvenes que las del grupo control. Así mismo la edad promedio en que se embarazaron, el tiempo transcurrido entre la edad de la madre y la edad en la que se embarazó, la misma cantidad de madres son asalariadas, y la misma cantidad no son asalariadas, para ambos grupos.
- 6.1.5 El grupo de madres que no trabajan, disminuye la frecuencia en la medida que se encuentran conviviendo con su pareja, seguidas por las que conviven con su pareja y además su familia, y finalmente si se encuentra sin su pareja pero apoyada por su familia. Es decir, el peor escenario es cuando no cuenta con su pareja.
- 6.1.6 La mayoría de madres adolescentes participantes son de etnia no maya, lo que hace pensar que la población maya no demanda de manera importante los servicios de salud.
- 6.1.7 La escolaridad de las madres objetivo, es baja, puesto que la mayoría solo ha terminado estudios primarios, seguido por básicos, lo cual de alguna manera compromete el rol como madre. Las madres solteras se distinguen porque todas han alcanzado el básico y diversificado, quizá relacionado a que aun dependen de los padres y estos las apoyan para continuar sus estudios.
- 6.1.8 Tanto el grupo objetivo como el control no dieron lactancia materna exclusiva, dentro de las razones más importantes se identificaron: creía que su leche era insuficiente o no tenía leche, seguida de: en la institución en donde le atendieron el parto, le iniciaron fórmula al bebé. El último factor indica que en los servicios de salud aun

realizan esta práctica de manera rutinaria, lo que desfavorece la lactancia materna exclusiva.

- 6.1.9 Para las madres objetivo el uso de antibióticos como razón para no dar lactancia materna exclusiva, fue esencial, puesto que evidencia el compromiso de la salud materna que cursó la adolescente.
- 6.1.10 Las parejas (varones) de las madres adolescentes en estudio, por alguna razón no han aportado el apoyo que se requiere para fortalecer la adopción del rol maternal, lo cual se puede relacionar a la poca adopción del rol maternal.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1** Personal del centro de salud, debe trabajar multisectorialmente la prevención de embarazos en adolescentes, porque queda demostrado la dificultad incrementada de la adopción del rol maternal.
- 6.2.2** Personal de salud debe mejorar y fortalecer la atención a las adolescentes desde el control prenatal, parto, post-parto y cuidado de su recién nacido en la red de servicios del Ministerio de Salud.
- 6.2.3** La enfermera jefe de Distrito debe fortalecer el programa de crecimiento y desarrollo, separando a la madre adolescente independientemente del estado nutricional de su hijo, puesto que ella y su hijo requieren una atención diferenciada.
- 6.2.4** Trabajar la implementación del modelo del rol maternal de Ramona Mercer, especialmente en la formación de enfermeras.
- 6.2.5** Aplicar la estrategia de “Promoción de comportamientos saludables en la adolescencia y en la maternidad adolescente”, que incluye programas radiales con temática sobre salud sexual y reproductiva enfocada en el adolescente y visitas domiciliarias a madres puérperas adolescentes para la enseñanza de la crianza del niño y apoyo para la adopción del rol maternal.

6.3 ESTRATEGIA

NOMBRE: “Promoción de comportamientos saludables en la adolescencia y en la maternidad adolescente”

1. JUSTIFICACION:

Sin duda alguna, la etapa de la vida del ser humano en donde aparece un período de transición entre ser niño y se adulto, es la adolescencia, en esta etapa ocurren cambios importantes tanto de tipo físico, como psicosocial; nada mejor que los y las mismas adolescentes observen y comprendan la necesidad de conservar su salud para un futuro más prometedor, en donde la salud reproductiva es indispensable.

El embarazo en edades cada vez más tempranas es un problema social y sobre todo de salud pública, a esta problemática se le suma la importancia de desarrollar o adaptarse a un rol materno. Mismo que garantice un cuidado más competente para el hijo de la adolescente, puesto que en ocasiones ya no es posible prevenir el embarazo porque ya se encuentran embarazadas, incluso repetidamente. Por lo que la presente propuesta pretende trabajar con enfoque preventivo pero también darle tratamiento a los casos ya existentes de embarazos en adolescentes y los cuidados integrales para su hijo.

Como experiencia de la elaboración del trabajo de tesis, se evidenció la necesidad de fortalecer los conocimientos de la población en general en aspectos básicos para la prevención de embarazos en adolescentes y el cuidado de la adolescente embarazada y su hijo. Por lo que se ejecutará un programa radial en una emisora con mayor difusión que permita alcanzar beneficios a largo plazo, evidenciados a través de la disminución de embarazos precoces, lo que de alguna manera mejorará la calidad de vida de los y las adolescentes.

Choque Larrauri en su obra: Comunicación y educación para la salud, establece que la comunicación para la salud es “el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas

favorables a la salud y al bienestar”. Partiendo de esta condición de educar, informar, convencer y explicar, la comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida.

La radio es un medio para la educación no formal y puede ayudar a las personas a decidir por sí mismas, a aprender por cuenta propia. Por ello, puede decirse que la radio debería ser no sólo un medio de comunicación, un medio en el que la participación de la sociedad desempeña un papel esencial y cuya función no puede dejar de ser primordialmente educativa al informar, promover espacialmente los estilos de vida saludable.

En algunas ocasiones las adolescentes informan del embarazo a sus padres en estadios avanzados en los cuales no ha habido oportunidad de llevar un control prenatal completo, y se aproximan a la atención del parto sin ninguna preparación. Situación que motiva implementar un modelo de visita domiciliaria a madres adolescentes en puerperio mediano enfocado a la detección de riesgos mayores y cuidados consiguientes y con sus hijos. Consistente este modelo en visitar a la madre en su hogar para impartir la temática siguiente: Lactancia materna exclusiva, cuidados post-parto y cuidados del neonato. También se aprovechará para verificar las condiciones saludables del recién nacido, entendiéndose color, llanto vigoroso, capacidad para lactar, muñón del ombligo en buenas condiciones.

2. OBJETIVOS:

- a. Fortalecer los conocimientos de la población en general en la temática de prevención de embarazos en adolescentes y cuidados a las madres adolescentes y sus hijos.
- b. Implementar un modelo de visita domiciliaria a madres adolescentes en puerperio mediano enfocado a la detección de riesgos mayores y cuidados consiguientes y con sus hijos.

3. ESTRATEGIA METODOLOGICA:

- a. Coordinación intersectorial y multidisciplinar
- b. Proceso enseñanza y concientización
- c. Detección de riesgo y visitas domiciliarias

4. MARCO TEORICO:

Un programa de radio puede definirse como un producto comunicativo de carácter masivo, que posee un conjunto de caracteres específicos, objetivos, públicos, contenidos, etc. que le permiten diferenciarse de otro.

Existen diferentes tipos de programas radiales; el programa en vivo su realización se da exactamente en el momento que se está emitiendo, con la naturalidad y riesgos al error. No obstante como cualquier proceso de producción, queda entendido que esta fórmula requiere de la planificación y organización de los recursos necesarios para reducir las situaciones imprevistas.

El uso del tiempo es vital para una programación, que desea satisfacer a una audiencia que está en sintonía, y se necesita, distribuirlo de manera eficaz, y oportuna.

Cuando se habla de tiempo en **la radio**, se refiere a dos condiciones específicas, el tiempo en el que el programa se mantiene al **aire**, y el tiempo en el que se redistribuye cada una de las secciones del programa. Cuando las secciones del programa no están bien definidas, es totalmente difícil, controlar el uso del tiempo en el lapso, en el que el programa se mantiene al aire.

Lo importante no es el tiempo que dura al aire, el programa, sino el tiempo que consume el programa en asuntos importantes, y en asuntos menos importantes.

Lo que mantiene a la sintonía enfocada en un programa es que le brinde fidelidad, en cuanto a la manera precisa de trabajar los aspectos más importantes, y no desperdicie, el tiempo en cosas totalmente vanas e insignificantes

El **lenguaje**, que se emplea en una emisora radial, debe ser un vocabulario, que genere confianza, credibilidad, profesionalismo, y **ética** profesional.

Hay personas, que confunden **el lenguaje** popular, con el lenguaje vulgar o corriente, que muchas veces genera polémicas, más que aceptación.

Es posible que la audiencia sea una determinada **población**, con poca formación académica, pero esto no indica, que el programa debe ser transmitido con un lenguaje callejero, al contrario todo programa radial, debe presentar un **carácter de trabajo** ético-profesional, y debe tomar en cuenta, de que esta **programación**, puede ser escuchada por personas, de diversos niveles **intelectuales**, y lo que para un determinado sector, puede ser unos parámetros totalmente aceptados, para otros puede ser una total falta de ética profesional, el uso de un lenguaje grotesco en el programa. Es precisamente este, uno de los detalles que hacen que un programa decline y pierda audiencia.

Todo programa debe estar bien definido acerca del objetivo general de toda su programación, y a partir de este propósito general, es que debe apoyarse el propósito de seleccionar los temas a tratar en el programa.

Es una regla básica, seleccionar temas, que aborden diferentes problemáticas, manteniendo siempre un mismo enfoque.

Cada programa debe estar enfocado, hacia un área de la vida en específico, y en base a ello, coordinar temas, que aunque estén tratando situaciones diferentes, están ordenadas armónicamente bajo un enfoque específico.

Así mismo la implementación de un modelo de visita familiar, se hace importante para darle seguimiento a las madres adolescentes en períodos críticos como lo son la adopción del rol maternal. Los modelos son especialmente útiles en el desarrollo teórico, ya que ayudan a seleccionar los conceptos relevantes necesarios para representar un fenómeno de interés y determinar las relaciones entre esos conceptos. Los modelos apoyan en el sentido de que ofrecen una explicación observable de los elementos que integran una teoría. Todas las teorías son modelos, pero no todos los modelos son teoría.

Un modelo de trabajo con madres adolescentes a través de las visitas domiciliarias, asegura conocer el entorno en el que convive la paciente y los riesgos a los que en determinado momento puede experimentar, pero sobre todo proporciona los elementos para actuar oportuna y profesionalmente.

De acuerdo a Roca y Úbeda citado en Sánchez (op cit p. 195), la visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud

del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas. Van más allá de la atención de personas enfermas, puesto que engloba tanto la salud como la enfermedad durante todo el ciclo vital del individuo, por lo que la visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para conocer este medio en el que vive la familia, y que influyen en la salud de quienes habitan en la vivienda, ya que es en el domicilio, el lugar donde el hombre se alimenta, descansa, ocupa el tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario.

Según Salazar dependiendo de la perspectiva de estudio y del objetivo que se proponga, la visita domiciliaria puede definirse como:

- **Una actividad:** que sería el conjunto de actividades que se desarrollan en el domicilio del grupo familiar a través de un conjunto de tareas específicas, convirtiéndola en un medio de enlace entre la familia y el sistema de salud.
- **Una técnica:** porque aplica conocimientos científico-técnicos para producir cambios referidos a la autoresponsabilidad y autodeterminación del cuidado de la salud de los individuos, familias y comunidades.
- **Un programa:** porque constituye una herramienta a ser ejecutada con base a objetivos, actividades y recursos específicos, considerando aspectos administrativos para su puesta en práctica.
- **Un servicio:** porque se trata de la asistencia ofrecida al grupo familiar con el objeto de contribuir a la satisfacción de sus necesidades y problemas de salud.

Ventajas:

- Su práctica permite generar mayor confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar frente a la oferta de servicio.
- Permite una participación más amplia, sincera y real en el programa de salud familiar, dado que ésta se lleva a cabo en su propio medio.
- Se logra una relación interpersonal sincera, real y activa entre el equipo y el grupo familiar.
- Facilita el desarrollo de las acciones propuestas y el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- La familia accede con menos resistencia y con mayor flexibilidad al cumplimiento con los compromisos contraídos con el equipo de salud.

- Permite constatar y verificar la información obtenida por otros medios acerca de las condiciones de salud de la familia.
- Permite identificar los problemas y necesidades expresas y ocultas y la disponibilidad real de recursos y su manejo.
- Facilita la vigilancia y el seguimiento de la evolución de los logros alcanzados.
- Se obtiene una visión global de la familia y de su comportamiento real frente a los problemas generales y de salud específicamente.
- Permite el desarrollo de las actividades de educación para la salud dirigida a la toma de conciencia y a procurar un cambio en el comportamiento.
- Posibilita el desarrollo de la investigación operativa.
- Permite ampliar la cobertura de práctica del programa salud familiar.

Según Antón (1998) citado en Sánchez (op cit p. 204), la visita domiciliaria requiere de distintas etapas:

1. **Preparación de la visita:** antes de acudir al domicilio, se debe concertar el día y la hora en que se va a realizar la visita con la familia, para hacer un mejor uso del tiempo, tanto de los profesionales como de la familia, y evitar situaciones inoportunas. De ser necesario, debe consultarse la historia clínica familiar. Por otra parte, es fundamental el equipo de trabajo (maletín de visita domiciliaria), con todos los implementos de trabajo.
2. **Presentación en el domicilio:** la presentación a la familia es fundamental, así como decir de qué institución proviene, sobre todo cuando la visita es por primera vez. En este sentido, la percepción inicial que tenga la familia de dicho profesional puede condicionar las opiniones y las relaciones que se establezcan en el futuro.
3. **Valoración:** es muy difícil realizar una valoración completa a los miembros y al grupo familiar en la primera visita, pero ésta se podrá complementar en las visitas sucesivas, y dan la oportunidad, además, de afianzar las relaciones con la familia. El personal de salud debe respetar las negativas de los miembros de la familia, si se producen, o a responder a determinadas preguntas o dudas, si llegan a surgir. Se debe tener presente que la atención domiciliaria comienza un día determinado, pero puede continuar a lo largo de mucho tiempo.
4. **Planificación de los cuidados:** en esta etapa se deben tener en cuenta tres aspectos fundamentales:

- Establecer los objetivos que hay que alcanzar a corto, mediano y largo plazo, los cuales han de ser realistas, pertinentes, mensurables y observables.
 - Establecer acuerdos o pactos con la familia.
 - Identificar y movilizar los recursos disponibles: la familia y el cuidador de la familia, el equipo de salud, las ayudas materiales y técnicas y los recursos comunitarios.
5. **Ejecución de cuidados:** éstos pueden ser los cuidados profesionales directos, dirigidos a las personas que lo necesiten y los cuidados profesionales indirectos, que son aquellos que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.
 6. **Evaluación de la visita:** sirve para continuar o modificar la planificación de los cuidados, detectar las dificultades, revisar los objetivos y planificar otros nuevos.
 7. **Registro de la visita:** una vez realizada la visita, se procederá al registro de la misma: sintomatología, cambios observados, cuidados, medicación prescrita y administrados, fecha de la próxima visita, entre otros elementos.

La visita domiciliaria es una actividad compleja, ya que debe abordar diversos aspectos como la observación de las necesidades individuales dentro del marco de la familia, el establecimiento de relaciones de cooperación e igualdad entre el equipo de salud y el grupo familiar, y el fortalecimiento del papel de la familia en el cuidado de su propia salud. Para ello, es necesario la planificación de la visita teniendo en cuenta:

- El trabajo interdisciplinario.
- La coordinación entre niveles asistenciales.
- La movilización de recursos disponibles.
- La relación de ayuda y la educación para la salud.

5. BASE LEGAL:

Tanto el programa educativo radial como el modelo de visita domiciliaria para la atención de la madre adolescente y su hijo, se sustenta en la Convención de los derechos humanos, en los artículos 17 y 19 específicos de la protección especial a la familia, convenio sobre los derechos del niño, el cual fue adoptado el 20 de noviembre de 1969, por la asamblea de las naciones unidas y entró en vigencia el 2 de septiembre de 1990, en donde aclara las

obligaciones de los estados en relación a la niñez y la juventud. Reafirma la aplicación de aquellos derechos ya reconocidos a los seres humanos en general.

Así mismo la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer, la cual ha incrementado el interés por los derechos de las mujeres adolescentes.

La Conferencia Del Cairo Sobre La Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo en Septiembre 1994, reafirma: Todos los estados y todas las familias deberían dar la máxima prioridad posible a la infancia. El niño tiene derechos a un nivel de vida adecuado para su bienestar y al más alto nivel posible de salud y educación (Principio 11). Es preciso potenciar el valor de las niñas para sus propias familias y para la sociedad, más allá de su definición de futuras madres y encargada de los cuidados de los niños, y reforzar esa imagen con la adopción y aplicación de políticas educacionales y sociales que fomente su plena participación en el desarrollo de las sociedades en que viven (párrafo 4.17).

Los países deben elaborar un enfoque integrado de las necesidades especiales de las niñas y jóvenes en materia de nutrición salud general y reproductiva, educación y necesidades especiales, ya que muchas veces con estas inversiones adicionales en beneficios de las adolescentes, se pueden compensar los insuficientes cuidados de salud y nutrición a que han estado expuestas (párrafo 4.20).

Se debe asegurar el acceso a la información amplia y fáctica y a una gama de servicios de salud reproductiva incluida la planificación de la familia, que sean accesibles, asequibles y aceptables a todos los usuarios y en particular, debieran facilitarse a los adolescentes la información y los servicios que les ayudara a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados y el riesgo subsiguiente de infecundidad (párrafo 5.7; 7.41).

Debe de asegurarse que los programas y las actitudes de los proveedores de los servicios de salud no limiten en acceso de los adolescentes. Los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes (párrafo 7.45).

El Plan de gobierno, programas de gobierno como Hambre 0 y La ruleta, para ser efectivos requieren de acciones efectivas que se den desde el núcleo familiar y social. Y por último el 4to. Objetivo de desarrollo del Milenio, que como meta pretende reducir la morbi-mortalidad

infantil, por lo que si una madre adolescente le proporciona cuidado adecuado a su niño, contribuirá a mantener su salud, la de su hijo/a y por lo tanto reducción de las tasas de morbi-mortalidad infantil.

- **CONSTITUCION POLITICA DE LA REPUBLICA:** refiere que es deber del estado garantizar la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, paz y el desarrollo integral de la persona. Así mismo el trato legal debe estar orientado hacia una educación integral propia para la niñez y la adolescencia. Es por ello que todas las dependencias del estado deben procurar brindar a estos grupos la atención adecuada.
- **CODIGO DE SALUD: ARTÍCULO 41:** Salud de la familia. El estado, a través del Ministerio de Salud y de las otras instituciones del sector, desarrollaran acciones tendientes a promover la salud de la mujer, la niñez con un enfoque integral de ambiente físico y social a nivel de la familia, así como la aplicación de medidas de prevención y atención del grupo familiar en las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo, incluyendo aspectos de salud reproductiva.
- **CONVENCION SOBRE DERECHOS DEL NIÑO, SUSCRITA EL 26 DE ENERO 1990.** Proclama la necesidad de educar a la niñez y adolescencia en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad e igualdad para que como sujetos de derechos se les permita ser protagonistas de su propio desarrollo, para el fortalecimiento del estado de derecho, la justicia, la paz y la democracia.
- **LEY DE DESARROLLO SOCIAL: ARTÍCULO 26.** Establece que el Ministerio de Salud Pública está obligado a garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación, promoción y provisión de servicios de planificación familiar, diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones de transmisión sexual y atención a la población en edad adolescente. **ARTICULO 29,** indica que el Ministerio de educación en coordinación con el Ministerio de salud deberá diseñar, impulsar y hacer accesible a todas las personas, programas específicos de información y educación sexual para fomentar estilos de vida saludables de las personas y de las familias, orientados a la prevención de embarazos no deseados, embarazos en adolescentes y la prevención de infecciones de transmisión sexual, en todos los centros y niveles del país.

- **POLITICA PUBLICA DE PROTECCION INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA:** establece que todas los niños y niñas y adolescentes guatemaltecos, desde los cero hasta los 18 años de edad son sujetos de derechos y responde a la convención internacional de derechos Humanos
- **POLITICA DE SALUD PARA LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD 2012-2012:** en el Eje de salud en factores de riesgo de la adolescencia y la juventud se encuentra el objetivo prevenir y atender de manera emergente las enfermedades o los desequilibrios físicos, psíquicos y sociales, con probabilidades de ocurrencia en los y las adolescentes y jóvenes, a los cuales muestran vulnerabilidad por su medio o de los cuales ya son víctimas, por su aportación o incidencia.
- **LEY DE PROTECCION A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA: ARTÍCULO 4.** Deberes del Estado. Es deber del Estado promover y adoptar las medidas necesarias para proteger a la familia, jurídica y socialmente, así como garantizarle a los padres y tutores, el cumplimiento de sus obligaciones en lo relativo a la vida, libertad, seguridad, paz, integridad personal, salud, alimentación, educación, cultura, deporte, recreación y convivencia familiar y comunitaria de todos los niños, niñas y adolescentes.
- **LEY DE LA MATERNIDAD SALUDABLE: Artículo 1.** Objeto de la ley. La presente Ley tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal. **Artículo 7.** Condiciones para un embarazo saludable. Las instituciones responsables a que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, en coordinación con el Ministerio de Educación y la Universidad de San Carlos de Guatemala, están obligadas a promover acciones dirigidas a informar, orientar y educar acerca de condiciones físicas, mentales, emocionales y sociales que contribuyan en la toma de decisiones para prevenir embarazos no deseados, así como para promover embarazos saludables, procurando condiciones

nutricionales adecuadas y administración de suplementos alimenticios y vitamínicos.

- **LEY DE DIGNIFICACION Y PROMOCION INTEGRAL DE LA MUJER:**

ARTÍCULO 7. Protección del Estado a la familia. La Nación guatemalteca está integrada por diferentes pueblos con diversas formas de vida, costumbres, tradiciones, formas de organización social e idioma, que tienen su fundamento en la familia, por lo que, el Estado protege y respeta a la familia, la identidad, la vitalidad, el desarrollo e historia de dichos pueblos y culturas que habitan en el territorio nacional. ARTÍCULO 15. Acciones y mecanismos en la esfera de la salud. El Gobierno de Guatemala, a través de los órganos competentes, gubernamentales o mixtos del sector salud y seguridad social, desarrollará programas para dotar al personal del conocimiento mínimo necesario sobre la situación de las mujeres y su problemática de vida, y establecerá mecanismos específicos con participación de las mujeres como sujetos activos en la definición de políticas en este sector para lograr el acceso de las mismas en todas las etapas y ámbitos de su vida a los servicios de:

- ✓ Salud integral, entendida la misma no solamente como ausencia de enfermedad, sino como el más completo bienestar físico y mental y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Educación y salud psico-sexual y reproductiva, planificación familiar y salud mental, pudiendo tener acceso a los mismos en completa libertad y sin presiones de ninguna clase.
- ✓ Protección a la salud y seguridad en el trabajo, incluyendo la salvaguarda de la función de reproducción.
- ✓ Servicios de salud pre y post natal para incidir en la disminución de la mortalidad materna.

6. RESULTADOS ESPERADOS:

- Haber ejecutado programa educativo radial dirigido a familias de adolescentes y adolescentes de Quetzaltenango a julio 2014.
- Haber proporcionado seguimiento a madres adolescentes post-parto que resolvieron en el Hospital Regional de Occidente, a través de visitas domiciliarias a septiembre 2014.

MONITOREO Y EVALUACION:

	¿Por qué?	¿Cuándo?	¿Quién?	¿ Para quién?
Monitoreo	• Verificar el progreso hacia los objetivos planificados (seguimiento o de impacto), las estrategias y las actividades (seguimiento o de ejecución) • Tomar acciones correctivas si fueran necesarias • Contribuir a informes de avance	Actividad continua	El equipo del proyecto	Para las autoridades del Distrito Para la docente del curso
Tipo de seguimiento		Herramientas		
Seguimiento de la ejecución (operativo)		• Plan de trabajo mensual • Estructura de desglose de tareas • Cronograma de actividades • Presupuesto		
Seguimiento de impactos		• Indicadores y medios de verificación incluidos en el marco lógico • Línea de base y metas a mediano plazo para lograr esos indicadores		

	¿Por qué?	¿Cuándo?	¿Quién?	¿ Para quién?
EVALUACION	Verificar si se han escogido los objetivos y las estrategias correctas Extraer aprendizajes para futuros proyectos	Inmediata: Se evaluarán las acciones realizadas Mediata: Esta evaluación se realizará en cada una de las etapas del proyecto a través del cumplimiento de las metas hasta el final	Equipo de proyecto	Autoridades del distrito Beneficiarios Docente de P.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado Laura. Et. Al., Adopción del Rol Maternal De La Teorista Ramona Mercer Al Cuidado De Enfermería Binomio Madre-hijo: Reporte de caso en la unidad Materno Infantil. Revista de Investigación – Programa de Enfermería. Universidad de Santander. Bucaramanga. Colombia. 2011 Pág. 195
revistaenenfermeria@udes.edu.com
2. Bee Alberta M. citada por: Zambrano Plata, Gloria Esperanza. Fundamentos Teóricos y Prácticos Del Cuidado de la salud Materno Perinatal Durante la Etapa Gestacional. Universidad Francisco de Paula, Santander, Colombia, Pág. 44
3. Carlos Saldaña, Rosa Esther. Monografía: La familia como sistema de apoyo hacia la venida de un integrante más. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú, 2009, Pág. 20-21
4. Cisneros G. Fanny. Universidad del CUACA, Programa de Enfermería, Fundamentos de enfermería, Teorías y Modelos de Enfermería. Popayán, Colombia. Febrero, 2005 Pág. 3
5. Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. Guía para organizaciones de base. Bogotá Colombia, 2010, Pág. 19-23
6. Enciclopedia Libre, Wikipedia. Ácido Fólico. Consultada: 11 de enero 2013
7. García M. Embarazo y Adolescencia. Departamento de Ginecología y obstetricia, Hospital de Salamanca: Revista sexual y reproductiva. Citada por: Cogollo Jiménez, Regina. Aspectos Biopsicosociales asociados al embarazo adolescente. Córdoba, Colombia, 2012, Pág. 386
8. Gómez Emma. El Quetzalteco. Embarazos Prematuros. Publicado el 9 de agosto 2012
9. MarrinerTomey, Ann. Modelos y Teorías en enfermería. Tercera Edición. Madrid, España. Pág. 394
10. Méndez, Pablo. Barra, Enrique. Apoyo social percibido en jóvenes infractores y no infractores. Chile, 2004. psykhe@uc.cl Consultado: 7 de enero 2014

11. Meneses S. García K. Revelo L. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre alimentación en mujeres gestantes que acuden al Subcentro de salud de Julio Andrade de la Provincia del Carchí. Citado por: Cogollo Jiménez, Regina. Aspectos Biopsicosociales asociados al embarazo adolescente. Córdoba, Colombia, 2012, Pág. 386
12. Monografías.com Madres Adolescentes. Consultada: 13 de noviembre 2013.
13. Muñoz et al., 2001; Restrepo, 1991; Vera, Gallegos & Varela, 1999, citados por: Valdivia P., Maruzella. Molina S., Marta. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en menores de 15 años. Chile, 2003, Pág. 88
14. Prensa Libre. Guatemala registra alarmante cifra de niñas y adolescentes Embarazadas. Guatemala. Publicado el 26 de septiembre 2013.
15. Prensa Libre, Gómez Emma, De León Leslie, Guatemala. Publicado el 4 de abril del 2013. Pág. 9
16. Prensa Libre.com. País Tiene Tasa más alta de mortalidad infantil. Artículo publicado: 30 de mayo 2013. Valdez, Sandra.
17. Prensa Libre.com. Unicef: Desnutrición Afecta Desarrollo de Niños Guatemaltecos. Artículo publicado: 15 de abril del 2013. Por: AGENCIA ACAN-EFE / GUATEMALA
18. Secretaria de Comunicación Social de la Presidencia, Ventana de los Mil Días: Apuesta por un mundo mejor. Guatemala. Consultada el 28 de octubre 2013.
19. Silva Sarmiento, German. Importancia de la Adición de Zinc a las soluciones de rehidratación oral hipoosmolares en el tratamiento de la diarrea aguda. Pág. 5 consultada: 11 de enero 2013
20. Short y Slusher 1994, citados por: Valdivia P., Maruzella. Molina S., Marta. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en menores de 15 años. Chile, 2003, Pág. 93
21. Terol M. Carmen, et al., Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación, Anuario de Psicología, Universidad de Barcelona, 2004 Pág. 24-25

22. Verástegui Alva, Sandra Gasdaly. Adaptación de una madre soltera a su nuevo rol maternal. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Lima Perú. 2 de Noviembre 2007 Pág. 2-3
23. UNICEF. LA DESNUTRICION INFANTIL, Causas, Consecuencias y Estrategias para su prevención y tratamiento. Madrid España, Noviembre 2011. sensibilizacion@unicef.es Pág. 9
24. UNICEF. Alimentos y alimentación complementaria. Consultada: 11 de enero 2013.
25. Unión Europea, Programa Juventud. Plan Departamental de Juventud de Quetzaltenango 2012-2015. Quetzaltenango, 2013 Pág. 17-23

VIII ANEXOS

Anexo 1

a. Instrumentos

ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO SEGÚN EL MODELO DE RAMONA MERCER

Subtítulo:

Adopción del rol maternal que tienen las madres adolescentes y su relación con el estado nutricional del niño menor de un año que asisten al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Quetzaltenango, marzo 2014.

Boleta No. _____

INSTRUCCIONES: la investigadora le explicará cada pregunta y le volverá a explicar si usted no comprende, en base a la respuesta que obtenga de usted, marcará o escribirá si fuera necesario la información en la respectiva casilla.

Grupo de madres: Objetivo _____ Control _____

A. DATOS GENERALES

1. Edad actual de la madre: _____
2. Número de hijos: _____
3. Edad en que se embarazó (referido al presente caso de desnutrición):

4. Estado civil:
 - Casada _____
 - Unida _____
 - Soltera _____
 - Viuda _____
5. Convivencia:
 - Sola con su pareja _____
 - Pareja y fam. de origen _____
 - Pareja y familia de este _____
 - Sola con su fam. de origen _____
 - Sola _____
 - Con familia de una amiga _____
6. Ocupación
 - Asalariada
 - No asalariada

7. Religión que profesa: Evangélica. _____ Católica: _____ Otra: _____

8. Etnia a la que pertenece: _____

9. Escolaridad:

1ero. P	2do. P	3ero. P	4to. P	5to. P	6to. P	1ero. B	2do. B	3ero. B	4to. Div.	5to. Div.

10. Tipo de parto:

- Parto eutócico simple _____ Gemelar _____
- Parto distócico simple _____ Gemelar _____

B. DATOS NUTRICIONALES DEL NIÑO

11. Estado nutricional del niño :

- Desnutrición crónica _____
- Desnutrición aguda moderada _____
- Desnutrición aguda grave o severa _____
- No aplica porque son madres control _____

12. Edad actual del niño : Meses _____ Días: _____

13. Sexo del niño: femenino: _____ Masculino: _____

14. Proporcionó lactancia materna exclusiva los primeros seis mes:

- Si _____
- No _____

Razones:

- No tenía leche y creía que era insuficiente _____
- Por la utilización de antibióticos, no tuvo suficiente leche: _____
- El niño/a desde que nació, lo hospitalizaron: _____
- En la institución en donde nació el niño/a le iniciaron fórmula: _____

15. En qué momento avisó que estaba embarazada? (coloque número de meses) _____

16. ¿Quién fue la persona que más le brindó apoyo desde que usted se embarazó?

- Pareja

- Mamá
- Papá
- Hermana
- Hermano
- Tía
- Tío
- Amiga
- Abuela
- Ninguna persona
- Otra: _____

17. Con qué frecuencia le brindó ese apoyo? Muy frecuente: _____

Frecuente: _____ Poco Frecuente: _____

18. Quien le apoyó con el cuidado del bebé

- Pareja
- Mamá
- Papá
- Hermana
- Hermano
- Tía
- Tío
- Amiga
- Abuela
- Ninguna persona
- Otra: _____

19. Cómo califica ese apoyo? Muy Bueno: _____ Regular: _____ Malo: _____

20. Como fue el estado del niñ@ al nacer? Bueno: _____ Regular: _____ Malo: _____

21. Como ha sido el estado del niñ@ durante este primer año? Bueno: _____

Regular: _____ Malo: _____

22. Le separaron al niñ@ durante este año? SI _____ NO _____

23.Cuál fue la principal razón?

- Al momento del nacimiento lo hospitalizaron _____
- Al egresar, el niño/a quedó hospitalizado _____
- Lo ha hospitalizado por alguna razón _____
- Alguien se ha llevado al niño/a para cuidarlo/a lejos de usted _____

V23. Durante cuánto tiempo (en días) _____

II INSTRUMENTO

Instrucciones: lea el enunciado y elija no más de 2 opciones colocando una X en la casilla.

A. Información sobre apoyo social

	La pareja	Su mamá, papá, Hermana	Su suegra	Personal de salud	Otros (amigas, vecinas, líder religioso, maestro)	Ninguno
1. Cuando usted informó que estaba embarazada, de quien recibió apoyo						
2. Cuando usted se embarazó, quién le hizo sentirse amada						
3. Cuando usted se embarazó quien la hizo sentirse digna de confianza y entendida						
4. Cuando se embarazó, quién la ayudó a ayudarse a sí misma proporcionándole información que le resultó útil para enfrentarse a los problemas						
5. Quién la acompañó a control prenatal						
6. Quien le aportó dinero para su cuidado durante el embarazo						
7. Quién le enseñó cómo alimentarse durante el embarazo						

8. Quien le aportó dinero para su alimentación durante el embarazo						
9. Quién le enseñó a tomar sus micronutrientes						
10. Quién le indicó si se estaba cuidando bien durante su embarazo						
11. Cuando usted empezó a criar a su hijo/a quién la cuidó						
12. Cuando usted empezó a criar a su hijo/a, quién le hizo sentirse amada						
13. Quién le enseñó a proporcionar lactancia materna a su hijo						
14. Quién le enseñó a realizar los cuidados higiénicos a su niño						
15. Quien le enseñó a bañarlo						
16. Quién le enseñó cómo alimentarlo con comida sólida						
17. Cuando usted empezó a criar a su hijo/a quien la hizo sentirse digna de confianza y entendida						
18. Quién le indicó si estaba cuidando bien a su hijo/a						

B. Información sobre los estadios de la adopción del rol maternal

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de afirmaciones respecto a su experiencia como madre. Deberá elegir solamente una casilla, marcando con un aspa (X), la opción que más se asemeje a su forma de pensar, actuar y sentir. No hay respuestas buenas ni malas. Las opciones de respuesta son las siguientes:

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Desacuerdo
- 3 = Parcialmente de acuerdo
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de Acuerdo

TA = Totalmente en desacuerdo. D= Desacuerdo. PA= Parcialmente de acuerdo. DA= De acuerdo TD=Totalmente de Acuerdo

Afirmaciones	TA Totalmente en desacuerdo	D De acuerdo	PA Parcialmente de acuerdo	DA De acuerdo	TA Totalmente de acuerdo
Me imaginaba como sería mi bebé					
Cuando estaba embarazada me sentía muy bien conmigo misma.					
Me imaginaba dándole de mamar a mi bebé					
Me imaginaba como madre					
Nunca quise pensar en el momento del parto o crianza del niño					
Me cuesta aceptar a mi bebé					
Darle de mamar a mi hijo, es una obligación y no es agradable					
Me gusta cuidar a mi hijo					
Lo atiendo pronto cuando llora					
Estoy dispuesta a cambiarle el pañal cada vez que lo necesite					
Dejo lo que estoy haciendo por atenderlo					
Considero que soy la persona adecuada para cuidar a mi hijo					
Pienso que la lactancia debería ser sustituida por la pacha					
El cuidado del niño me ha impedido realizar mis cosas personales					
Prefiero que alguien de mi familia cuide al niño					

La relación con mi pareja ha sido buena					
Siento confianza de la forma en que cuido a mi hijo					
Creo que soy competente para cuidar a mi hijo					
Me preparo leyendo para cuidar mejor a mi hijo					
El temperamento del niño durante este año ha sido: tranquilo					
Me he sentido muy bien conmigo misma desde que nació el bebé y durante este año					
Me cuesta decir que soy madre.					
Me siento capaz de salir adelante con mi bebé					
Le doy objetos a mi bebé para que los pueda tocar y aprenda a manipularlos.					
Mi pareja y yo siempre estamos poniéndonos al tanto de las cosas que le pasan					
Pienso que el “control del niño sano” no es necesario para mi bebé.					
El personal de salud me ha enseñado cuidados que debo tener con mi bebé					
Me gusta mirar detenidamente a mi bebé intentándolo conociéndolo.					
Me hubiera gustado que mi bebé sea del sexo opuesto al que nació.					
Trato de ocultar el hecho de que tengo un bebé porque me avergüenza.					
TOTAL					

Anexo 2

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Título: Adopción del rol maternal y su relación con el estado nutricional del niño menor de un año según el modelo de Ramona Mercer.

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por XIMENA CAROLINA ENRIQUEZ GOMEZ DE SAJQUIM, estudiante de la Maestría en Enfermería Materno-Neonatal de la UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. Con el objetivo de: Describir la adopción del rol maternal y su relación con el estado nutricional del niño menor de un año según el modelo de Ramona Mercer. A pesar de que el estudio no les beneficiará directamente, si ofrecerá información que puede permitir a las enfermeras apoyar a las madres adolescentes en la adopción del rol maternal.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Desde ya se le agradece su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firma o huella digital de la participante: _____

Firma o huella digital del padre de familia: _____

Permiso

PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcial y por cualquier medio la presente tesis, para propósitos de consulta académica, así como debe hacerse referencia correspondiente cuando se cite de forma parcial o total los contenidos de esta tesis. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización parcial.

